

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

165

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 février 1895, à 1 heure

Par A. VILENSKI

Né à Pinsk (Russie), le 7 septembre 1865

DE L'INSUFFISANCE RÉNALE
DANS LA DERMATITE HERPÉTIFORME
DE DUHRING

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
 { BRISSAUD, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 février 1895, à 1 heure

Par A. VILENSKI

Né à Pinsk (Russie), le 7 septembre 1865

DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

DANS LA DERMATITE HERPÉTIFORME

DE DUHRING

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
 { BRISSAUD, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNETHIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	N. LATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON MEILLEUR AMI

H. GERSCHON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine

A MESSIEURS LES DOCTEURS TENNESON

Médecin des hôpitaux

A MARCHAND

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de médecine

A. VOISIN

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de la Salpêtrière

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

DE L'INSUFFISANCE RÉNALE
DANS LA
DERMATITE HERPÉTIFORME
DE DUHRING

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Pendant l'année d'externat que nous avons eu l'honneur de passer dans le service de M. le Dr Tennèsou, notre vénéré maître a appelé à maintes reprises notre attention sur les particularités intéressantes que présentent les urines au cours des affections bulleuses chroniques et tout spécialement de la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations de dermatite herpétiforme dans lesquelles l'analyse des urines a été pratiquée complètement. C'est cette série

d'observations que nous voulons consigner dans ce travail pour essayer d'en tirer quelques déductions intéressantes.

Si nous avions voulu faire entrer dans le cadre de ce travail toutes les observations intitulées *pemphigus* publiées tant en France qu'à l'étranger et contenant des analyses d'urines, ce travail aurait risqué de manquer de clarté.

Tout le monde sait, en effet, qu'il n'est pas en pathologie cutanée de chapitre plus obscur que celui qui a trait au pemphigus et aux éruptions pemphigoides.

Mais un auteur américain Duhring, en 1884, d'abord, et après lui, M. Brocq, en France, en 1888, ont séparé du grand groupe des pemphigus une affection spéciale à laquelle le premier a donné le nom de *dermatite herpétiforme*, le second celui de *dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives*. Cette variété est caractérisée : par une éruption polymorphe se développant par poussées de durée et d'intensité variables ; chaque poussée est précédée ou accompagnée de sensations désagréables de prurit ou de douleur ; l'affection a une très longue durée et n'altère pas l'état général, au moins pendant très longtemps.

Comme nous le verrons, d'après les observations que nous consignons plus loin, c'est surtout *sur la diminution de l'urée* que nous voudrions insister ; nous ferons en passant une mention de l'*albuminurie* constatée dans quelques observations.

Mais avant d'entrer dans le cœur de notre sujet qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos remerciements à

tous nos maîtres de la Faculté qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Nous avons été pendant un an l'externe de M. le Dr Ten-neson dans son beau service de l'hôpital Saint-Louis. Ce maître, qui nous a initié au diagnostic souvent si difficile de maladies cutanées, a toujours été pour nous un guide bienveillant et nous conserverons toujours un excellent souvenir de l'année que nous avons passée chez lui.

Nous devons aussi un témoignage de vive reconnaissance à M. le Dr Marchand, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu nous accueillir comme externe dans son service. Nous avons appris chez lui que le premier devoir du chirurgien consiste à bien examiner ses malades, à faire un diagnostic judicieux. Cet opérateur habile a été pour nous un maître très bienveillant.

Enfin M. le Dr Auguste Voisin, chevalier de la Légion d'honneur, nous a prodigué ses meilleurs conseils pendant les quelques mois que nous avons étudié dans son service à la Salpêtrière des maladies mentales ; nous l'en remercions vivement.

Nous tenons aussi à remercier M. le professeur Potain pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre ami, M. Nitzberg, ingénieur chimiste, a bien voulu se charger de l'analyse complète des urines de plusieurs de nos malades : qu'il agrée tous nos remerciements.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'étude de la dermatite herpétiforme ne remonte pas très loin, puisque c'est en 1884 que Duhring pour la première fois a séparé cette affection du grand groupe des affections bulleuses chroniques. Et surtout depuis le mémoire si remarquable de M. Brocq paru dans les *Annales de dermatologie et syphilographie de 1888* que la dermatite de Duhring a pris rang définitivement dans le cadre nosologique sous le nom de *dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives*. Il est donc évident que nous ne pouvons chercher dans les auteurs bien anciens l'étude de relations de la diurèse avec cette affection. Nous allons mentionner cependant rapidement, pour être complet, les différents auteurs qui ont contribué à l'étude de l'urine dans les affections cutanées en général, mais surtout dans les affections bulleuses chroniques.

Depuis fort longtemps, en effet, on connaît les relations intimes qui unissent les fonctions de la peau avec celles du rein. Que la sécrétion sudorale diminue ou augmente sous une influence quelconque et la sécrétion urinaire

subira des modifications en sens inverse. Ce fait est vrai surtout en ce qui concerne l'excrétion de l'urée.

Cette particularité de connaissance ancienne a fait établir à un certain nombre d'auteurs des relations entre les affections cutanées et les troubles de la sécrétion urinaire. Un grand nombre de dermatoses, mais surtout les dermatoses chroniques, altèrent profondément les fonctions de la peau; il n'est donc pas étonnant qu'on ait étudié l'influence qu'exercent ces dermatoses sur la dépuration urinaire. Mais cette étude est entrée dans une phase véritablement scientifique depuis que Bright a établi l'existence et les symptômes des inflammations du rein, et depuis que l'on sait analyser scientifiquement les urines. Bright et ses élèves étudièrent surtout l'influence des maladies des reins sur la production de certaines lésions cutanées. Plus tard, au contraire, à la suite des mémorables expériences de Fourcault sur le vernissage des animaux, la notion des troubles de la sécrétion urinaire consécutifs à l'altération de la fonction cutanée préoccupe les différents auteurs. Enfin dans ces dernières années, sous l'influence des idées si magistralement exposées dans les différentes leçons de M. le professeur Bouchard, la question des relations des maladies cutanées et des troubles urinaires entre dans une nouvelle phase.

Suivant cet auteur remarquable dans certains cas sous l'influence de la diathèse arthritique la nutrition se ralentit, les échanges nutritifs sont viciés; des produits excrémentitiels incomplets circulent dans l'organisme et s'éliminant par la peau peuvent produire certaines dermatoses.

Mais voyons successivement et rapidement quels sont les auteurs qui ont étudié les modifications urinaires dans les dermatoses chroniques et plus spécialement dans les affections bulleuses chroniques.

Dans Hippocrate déjà on trouve l'observation d'un homme atteint de prurit et qui mourut hydropique.

D'autres auteurs anciens ont observé les modifications urinaires survenant dans le cours des affections chroniques de la peau ; ils mettaient ces altérations sur le compte de la rétrocession de ces dermatoses. En 1795 déjà un auteur allemand, Braune (Leipzig), reconnaît un pemphigus *ab infarctibus renum* et un pemphigus *a concrementis calcularis in renibus*. Il pense qu'un certain nombre de cas de pemphigus est dû à la rétention dans le sang et à l'élimination par la peau de certains éléments excrémentitiels de l'urine au cours de certaines affections rénales.

Et en 1840 un autre auteur allemand, Fuchs, adoptant la théorie de Braune, admet que le pompholyx vulgaris résulte parfois d'une altération transitoire et légère de la sécrétion urinaire et que le pemphigus pompholyx chronique est une des plus rares dermatoses survenant avec autant de fréquence dans les troubles urinaires symptomatiques que dans les troubles idiopathiques.

Rayer dans son *Traité des maladies de la peau* insiste sur la possibilité des lésions rénales survenant dans le cours des affections de la peau. « J'ai vu chez un individu, dit-il, affecté d'eczéma chronique et de *pemphigus*, survenir une cystite et une néphrite. »

Dans le *Dictionnaire* en 30 volumes *Dalmas* dit : « On

connaît la solidité qui unit la transpiration cutanée et la sécrétion urinaire. Si une de ces fonctions est modifiée, il y a altération du sang et les reins ne restent pas indifférents à ces dérangements. »

Dans sa thèse en 1860, M. le professeur Jaccoud dit que la production régulière d'urine également régulière exige le concours d'une série de conditions, parmi lesquelles il faut placer le libre exercice des fonctions de la peau. Comme l'on voit, les anciens auteurs tout d'abord et puis tous ceux qui se sont occupés de pathologie rénale insistent sur la possibilité de lésions rénales temporaires ou permanentes, consécutives à des affections cutanées.

Dans les traités de pathologie cutanée, au contraire, l'étude de l'urine est presque complètement passée sous silence. Et les principaux dermatologistes modernes, tels que Willan, Alibert, Cazenave, Hardy, rejettent presque tous l'influence des dermatoses sur les reins et les organes de la nutrition.

Bazin dans son article : *Dermatoses du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* s'exprime de la sorte : « Il y a entre les sécrétions de la peau et des reins une sorte de balancement qui fait que, quand les unes augmentent, les autres diminuent. Il semblerait d'après cela que les affections des voies urinaires dussent avoir des relations étroites avec celles de la peau ; mais ce serait une grande erreur de conclure de l'état physiologique à l'état pathologique. La peau peut être couverte d'écailles et de croûtes sans qu'il en résulte un grand trouble du côté des voies urinaires. Il ne faut pas s'en tenir à l'étude isolée des affections pour avoir une idée exacte des

rapports de la peau avec l'appareil urinaire. Il faut surtout remonter à la maladie, c'est-à-dire, à l'origine commune des affections de la peau et de celles de voies urinaires ». Et plus loin il ajoute : « Les troubles urinaires peuvent être précédés ou accompagnés des dermatoses, dermatoses qui reconnaissent une origine identique, les troubles rénaux. Troubles urinaires et dermatoses sont sous la dépendance, soit de l'arthritisme, soit de l'herpétisme. »

Baud admet qu'il est peu de maladies de la peau qui laissent les reins indifférents.

Dans les traités classiques des maladies cutanées, dans le traité de Kaposi traduit par M. Er. Besnier et Doyon, dans le traité de M. Brocq, dans le livre de MM. Hillaret et Gaucher, on n'insiste pas sur les modifications de l'urine dans la dermatite herpétiforme de Duhring. Dans une observation cependant de dermatite herpétiforme consignée dans l'appendice du Traité de Kaposi on trouve cette phrase : « De temps à autre les urines deviennent rares et colorées, et il se fait de petites poussées éruptives ; mais avec l'emploi de la lactose, on obtient de suite des diurèses de 2500 grammes par 24 heures. »

Il faut avoir recours à des monographies spéciales, à des relations isolées d'observations pour trouver des études ébauchées de l'urine dans la dermatite de Duhring.

En 1876, un auteur américain, de Bulkey, étudie dans les *Archives of dermatology de New-York* les rapports des maladies de la peau avec l'urine. Dans ce mémoire très complet on trouve particulièrement les analyses d'urine dans les pemphigus chroniques, analyses qui

nous intéressent, puisqu'au moment où écrit l'auteur on confondait pemphigus et dermatite herpétiforme.

Un certain nombre d'auteurs que nous signalerons seulement ont étudié, soit cliniquement, soit expérimentalement, l'albuminurie survenant au cours de certaines affections de la peau, tels sont :

Scheube (*Nephritis und Hautkrankh. Centralbl. f. Klinisch. med.*, 1883).

Boyer (Thèse de Lyon, 1883).

Augagneur (*Lyon méd.*, 1885).

Kemhadjean-Mihran (Thèse de Paris, 1882).

Dans son mémoire de 1888 M. Brocq insiste peu sur le caractère des urines dans cette affection. D'après cet auteur Sherwell aurait trouvé du sucre dans les urines de deux malades atteints de dermatite de Duhring (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 340, 1886).

Dans les 41 observations de dermatite herpétiforme qu'il a pu recueillir, jamais M. Brocq n'a vu survenir de l'albuminurie. Il a constaté cette complication chez une malade seulement de M. Vidal ; et dans une observation du Dr de Molènes-Mahon (Thèse de Paris, 1886) qui est sans doute une dermatite herpétiforme, on voit cette affection coïncider ou pour mieux dire alterner avec une albuminurie des plus nettes.

Nous donnons plus loin *in-extenso* les deux observations de MM. Tennesson et Lyon parues dans les *Annales de dermatologie et syphilographie*, 1888, dans lesquelles ces auteurs donnent l'analyse complète des urines dans deux cas de dermatite herpétiforme.

En mai et juin 1890, le regretté Quinquaud relate dans

la *Tribune médicale* une série d'expériences relatives à une dermatite artificielle, dans lesquelles il étudie les troubles de la nutrition consécutifs à cette dermatite.

Il analyse ainsi l'urée dans l'urine et dans le sang. Dans les *Annales de dermatologie* de 1892, M. E. Besnier rapporte deux observations de pemphigus foliacé, et il dit : « La quantité d'urine généralement un peu inférieure à la normale n'est jamais descendue à un degré qui constitue l'oligurie réelle que j'ai au contraire constatée certaine chez une série des malades atteints de la dermatite de Duhring. »

En 1889, M. Hallopeau présente à la Société de Dermatologie (*Ann. de dermat. et syph.*, 1889, p. 563), un malade atteint de dermatite herpétiforme et dont l'urine renferme une quantité considérable d'albumine.

La même année M. Thibierge présente une malade atteinte de dermatite herpétiforme et l'auteur donne l'analyse de l'urine de cette malade : il y avait des traces d'albumine. Quinquaud, après l'examen de cette malade, fait remarquer qu'elle doit rentrer dans le groupe des hydroas arthritiques de Bazin et il ajoute : « Dans les cas de ce genre il n'est pas très rare de voir des sortes de crises transitoires d'insuffisance rénale dans le cours desquelles l'urée diminue en même temps qu'il se peut produire de la glycosurie transitoire. »

Ainsi, on voit qu'en somme le sujet qui nous occupe est presque neuf, et que nous pouvons peu nous appuyer sur les données des auteurs.

Les observations personnelles que nous fournissons plus loin apporteront donc un appoint que nous croyons intéressant sur ce sujet.

OBSERVATIONS

Deux cas de dermatite herpétiforme de Durhing.

Par le D^r Tenneson, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et M. Gaston Lyon, interne à l'hôpital Saint-Louis (*in Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888).

OBSERVATION I

L... (Julie), âgée de 42 ans, lingère, entre le 27 février 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle Émery, n. 10, service de M. Tenneson.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 49 ans d'une maladie chronique.

Mère atteinte d'aliénation mentale à 33 ans ; morte subitement deux ans après le début de cette maladie, à la Salpêtrière.

Douze frères et sœurs morts en bas-âge.

Antécédents personnels. — Mme L... a toujours été bien réglée.

Pas de grossesses ni de fausses couches.

Pas de syphilis.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans ; Mme L... fut

soignée à la Pitié, où elle séjourna plusieurs mois : par la suite, elle n'a jamais eu de douleurs articulaires.

Vers l'âge de 34 ans, névralgies faciales, survenant plusieurs fois par mois et n'ayant disparu que cinq ans après leur début.

Il y a douze ans, ictère accompagné de troubles digestifs ; il s'agissait vraisemblablement d'un ictère catarrhal (les douleurs hépatiques, les vomissements, etc., firent défaut).

A noter également, à partir de la même époque, des palpitations assez fréquentes et la tendance à l'essoufflement.

Vers le commencement de l'année 1886, une leucorrhée persistante s'installa sans métrorrhagies, ni douleurs abdominales.

Au mois d'août de la même année, ménopause ; à peu près à la même époque, la malade remarque quelques troubles de la vue ; il lui arrivait parfois d'avoir de la diplopie ; d'autre part, elle eut de la pollakiurie nocturne ; elle était contrainte de se lever plusieurs fois par nuit, ce qui jusqu'alors ne lui était jamais arrivé.

Dans le cours de cette année 1886, Mme L... fut traitée à la Maternité pour l'affection utérine qui donnait lieu à cette leucorrhée tenace (grattage du col, applications de tampons).

En décembre 1886, elle fut atteinte pour la première fois d'une éruption qui se traduisit par des *placards érythémateux*, d'étendue variable, siégeant sur les avant-bras ; ces placards étaient surmontés de nombreuses vésicules grosses comme des têtes d'épingle et qui s'affaissaient rapidement, donnant lieu à un suintement abondant ; l'éruption dura une quinzaine de jours et fut accompagnée de cuisson, d'un prurit intolérable.

Il n'y eut rien jusqu'au mois d'août 1887 ; à ce moment survint une douleur localisée à l'articulation tibio-tarsienne droite, avec œdème de la face dorsale du pied et de la région malléolaire quelques jours après le début de cette douleur qui fut qualifiée de sciatique par le médecin (?), se montrèrent des placards érythémateux surmontés de vésicules, analogues à ceux qui avaient

apparu un an auparavant, mais plus nombreux et siégeant cette fois sur les membres inférieurs ; le médecin appela cette éruption eczéma suraigu ; à peu près, au même moment, surgirent des bulles de petites dimensions, disséminées un peu partout, mais siégeant principalement sur les avant-bras ; elles reposaient sur une peau saine, nullement sur des surfaces rouges ; la malade fut traitée localement par le liniment oléo-calcaire ; à la fin de septembre, il n'y avait plus traces de cette éruption, et Mme L... se disposait à partir pour la campagne, lorsque survint une éruption à caractères nouveaux : c'étaient des *cercles de vésicules*, à peau centrale saine, présentant l'aspect normal ; Mme L... entra à la maison municipale de santé, y fit un séjour de quinze jours.

Quelque temps après sa sortie, Mme L... fut atteinte de *papules* ortiées siégeant sur les membres, principalement sur les membres inférieurs, mais laissant le tronc indemne ; de plus, et à intervalles plus ou moins rapprochés, à côté de ces papules blanches au centre, rouges à la périphérie, se formèrent des bulles de petites dimensions (de la grosseur d'un pois), bulles qui, au bout de deux ou trois jours, se vidaient de leur contenu ; il n'y en avait pas plus de trois ou quatre simultanément.

État actuel. — On constate sur la face antérieure des bras et des avant-bras, sur les faces antérieure et interne des cuisses, un grand nombre de papules rosées, large comme une lentille ; quelques-unes siègent sur la paroi antérieure de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic.

Outre ces éléments éruptifs, il existe un petit nombre de bulles disséminées sur le tronc et les membres ; elles sont de dimensions variables : les unes à peine grosses comme une tête d'épingle, les autres présentant le volume d'un gros pois ; elles atteignent leur plus grand développement à la racine des bras et au niveau des aisselles ; ainsi, on constate sur le bord antérieur de l'aisselle gauche trois bulles hémisphériques plus volumineuses

que les autres ; on en trouve une grosse comme une noisette dans le creux axillaire droit, etc. ; toutes ces bulles ont pour base une peau qui présente son aspect normal ; elles sont bien tendues et contiennent un liquide citrin, transparent (1) ; outre ces bulles, il y a en certains points une tendance à la vésiculation, un soulèvement de la couche cornée à l'état d'ébauche, qui s'apprécie autant au toucher qu'à la vue.

La malade accuse un prurit constant, intense ; elle insiste sur ce symptôme qui lui enlève tout repos, et qui a accompagné toutes les éruptions précédentes, cependant, peu de traces de grattage. L'appétit est diminué ; les digestions sont moins bonnes qu'auparavant.

La malade accuse toujours des accès de palpitations ; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, à 10 centimètres environ de la ligne médiane ; léger souffle systolique à la pointe ; bruit de galop intermittent dont le maximum est dans le quatrième espace, non loin du bord gauche du sternum. Hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires ?

La limite supérieure du foie se trouve plus bas que d'habitude ; d'ailleurs cet organe a ses dimensions normales ; il mesure 10 centimètres de hauteur sur la ligne mamelonnaire.

Leucorrhée abondante ; par le toucher vaginal, on constate un épithélioma végétant du col.

Léger nuage d'albumine dans les urines ; en traitant l'urine par la solution saturée de sulfate de magnésie, on précipite de la globuline et l'on obtient ensuite, par l'action de la chaleur et de l'acide acétique, un léger trouble dû à la sérine.

Urée, 12 gr. 50. Le volume des urines émises dans les 24 heures a été de 1 litre. *Néphrite interstitielle probable.*

1. Qu'il est impossible de soumettre à l'analyse chimique, en raison de la petite quantité recueillie.

Traitement. — Liqueur de Fowler, 20 gouttes; glycérole tartrique, etc.

7 mars. — Même état qu'au jour de l'entrée; il y a de nouvelles papules sur les avant-bras.

9 mars. — Petites bulles sur l'avant-bras gauche; la paroi antérieure de l'abdomen se recouvre de papules; un grand nombre d'entre elles, affaissées et décolorées au centre, réunies par les bords, dessinent des lignes saillantes, rosées, polycycliques (érythème marginé); les papules sont devenues très nombreuses sur les avant-bras.

14 mars. — L'ingestion de deux pilules d'extrait thébaïque, de 5 centigrammes chacune, provoque une nouvelle poussée d'éléments éruptifs. Tout le corps, sauf la face, est recouvert de plaques ortiées; l'aisselle gauche est occupée par cinq bulles, grosses comme des œufs de pigeon; la muqueuse buccale est sensible, mais on n'y trouve ni rougeur ni gonflement (Onctions avec une pommade au sous-nitrate de bismuth).

17 mars. — Les papules commencent à pâlir et à s'affaïsser; bulles sur le pli du coude droit.

19 mars. — Les papules ont disparu; bulles nouvelles dans l'aisselle droite.

30 mars. — Desquamation furfuracée sur les bras; depuis le 20 mars, la peau a repris son aspect normal.

3 avril. — Le prurit qui s'était modéré a repris de nouveau; la malade, forte de son expérience à ce sujet, annonce qu'elle va avoir une nouvelle poussée.

4 avril. — Sept à huit petites bulles sur la région hypogastrique.

9 avril. — Les papules reparaissent sur les membres inférieurs; çà et là vésicules et bulles de petites dimensions; il n'y a pas d'aréole rosée à leur périphérie.

10 avril. — Papules sur les fesses; bulles au niveau du pli de

l'aine ; le prurit est toujours très violent ; insomnie persistante ; léger œdème des malléoles depuis quelques jours ; malgré la conservation relative de l'appétit, la malade s'affaiblit visiblement ; elle garde le lit. Cette aggravation de l'état général est due aux progrès de l'affection utérine.

Tableau des analyses de l'urine.

(Alimentation : 2 degrés).

Date	Volume des urines émises en 24 heures	Urée Quantité pour les 24 heures	Albumine Traces
28 février.	1 litre.	12gr.,50	»
1 ^{er} mars.	1,500c. cubes	9gr.,60	»
3 mars.	1 litre	10gr.,50	»
7 mars.	750c. cubes	8gr.,65	»
14 mars.	1 litre	8gr.,50	»
27 mars.	<i>Idem.</i>	6gr.,40	»
31 mars.	1,250c. cubes	7gr.,50	»
4 avril.	1 litre	13gr.,20	»
7 avril.	<i>Idem.</i>	7gr.,70	»

OBSERVATION II.

B... (Philibert), âgé de 57 ans, marchand forain, entre le 13 mars 1888, à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, lit n. 24. Service de M. Tenneson.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'un cancer de l'estomac.

Mère d'une bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — Rien à relever jusqu'en 1872.

Pas de syphilis.

En 1872, B... perdit sa fortune, et cette perte fut suivie à

bref délai de la mort de sa femme ; la santé de B... fut violemment ébranlée, il ne put reposer une seule nuit pendant plus de sept mois : à cette époque, il fut atteint d'une éruption généralisée à toute la surface du corps ; cette éruption débuta brusquement : elle était caractérisée par des saillies papuleuses de coloration blanchâtre, entourée d'une aréole rosée et donnait lieu à un prurit intense ; le médecin qui lui donna des soins porta le diagnostic d'urticaire et se borna à lui prescrire des applications de poudre d'amidon. Cette urticaire persista pendant quinze mois, et disparut subitement, comme elle était venue ; mais longtemps après sa disparition, un simple attouchement suffisait à provoquer la venue des papules ortiées ; de plus, certaines parties du corps, à la suite de cette urticaire, gardèrent constamment une sensation de brûlure, de cuisson.

B..., qui avait toujours été sobre jusqu'au moment de ses revers de fortune, s'adonna à la boisson ; l'absinthe était sa boisson de prédilection ; il en prenait plusieurs verres par jour ; ses conditions d'existence furent entièrement modifiées ; il eut plus d'une fois des privations à subir, lui qui avait joui auparavant d'une grande aisance.

De 1873 à 1887, pas d'autre éruption sur la peau.

En juillet 1887, pour la première fois apparaissent des bulles ; elles se montrèrent d'abord sur la verge, sur les poignets, les genoux, la face dorsale des pieds, siégeant de préférence au voisinage des articulations ; en même temps, B... fut pris de fièvre, il eut de la raideur musculaire, au point de ne pouvoir faire un mouvement dans son lit ? Les bulles disparurent au bout de six semaines, mais les sensations douloureuses et le prurit qui les accompagnaient mirent plus de temps à disparaître.

Rien dans cette dermatite ne rappelait la première éruption, celle de 1872, si ce n'est le prurit intense *qui constituait pour le patient une véritable torture.*

La troisième atteinte date de six semaines ; cette fois, pas de phénomènes fébriles : deux ou trois bulles ont apparu sur les poignets, se sont affaissées au bout de quelques jours, puis ont été remplacées par d'autres ; elles ont donné lieu à de véritables démangeaisons.

Etat actuel. — Le visage est pâle, les traits sont tirés et portent l'empreinte de la souffrance et des privations. On constate, en découvrant le malade, des lésions distinctes — des lésions de grattage et de bulles. — Les lésions de grattage sont des macules pigmentées, à limites indécises, indiquant l'ancienneté du prurit, des papules de prurigo et des excoriations ; ces lésions sont disséminées sur toute la surface du corps et dues en partie à la phtiriasé.

Les bulles siègent uniquement sur les membres et sur la verge ; leur siège de prédilection est la face dorsale des poignets ; cette face présente une rougeur diffuse, du gonflement ; elle est recouverte de bulles de toutes dimensions, serrées les unes contre les autres ; quelques-unes se sont réunies et présentent, par suite, un contour irrégulier ; elles contiennent un liquide visqueux, se prenant en gelée dans l'éprouvette ; le liquide qu'elles contiennent ne les distend pas absolument, aussi paraissent-elles ridées et comme affaissées ; l'aspect des mains est celui qu'elles revêtent à la suite de brûlures graves ; c'est là le meilleur terme de comparaison que l'on puisse donner.

Les espaces interdigitaux sont occupés par des bulles de la dimension d'un gros pois ; sur la face dorsale des pieds, elles sont aplaties, étalées et voisines de l'interligne articulaire tibio-tarsien. Deux ou trois bulles sur le fourreau de la verge.

Malgré l'aspect presque cachectique du malade, l'examen des viscères est négatif ; le premier bruit du cœur est un peu sourd, les artères sont scléreuses ; rien aux poumons ; l'appétit est conservé et les digestions s'effectuent régulièrement (alimenta-

tion, quatre degrés). — Le malade se dit très faible, et dans l'impossibilité de se tenir debout et de marcher ; il accuse toujours de vives démangeaisons, et insiste sur les sensations de *brûlures* qu'il éprouve au niveau des articulations ; celles-ci ne sont pas tuméfiées, et le malade n'a aucune peine à les mouvoir.

Analyse du liquide des bulles.

(Pour 100 grammes de ce liquide).

Fibrine	0 gr., 805
Matières albuminoïdes	9 gr., 195
Eau.	90 gr., 000

Le liquide ne contient pas d'urée, et ses caractères sont ceux du sérum du sang ; il est alcalin ; sa densité est de 1,026.

Rien dans les urines ; ni albumine, ni sucre.

18 mars. — Le malade se plaignant toujours de ses articulations, on lui prescrit 6 grammes de salicylate de soude.

19 mars. — Ce médicament a déterminé une poussée congestive ; des bulles nouvelles en grand nombre se sont formées sur les poignets et sur les membres inférieurs ; les jambes et les cuisses sont en outre recouvertes de très larges placards rouges, légèrement saillants, surmontés de vésicules ou de petites bulles ; la verge est recouverte de bulles. On ne trouve rien sur la muqueuse buccale, bien que le malade accuse de la douleur au niveau de la voûte palatine.

21 mars. — Les placards persistent ; énormes bulles au niveau de la malléole interne à gauche ; toujours douleurs articulaires ; les bulles qui se vident donnent lieu à un suintement très abondant dans le lit du malade.

23 mars. — La plupart des bulles se sont affaissées ; on ne

voit que leurs bases qui sont à nu, d'un rouge-vif et recouvertes en partie de croûtes et de lambeaux d'épiderme ; d'ailleurs, ces ulcérations très superficielles se séparent rapidement ; le malade se lève, il mange de bon appétit.

28 mars. — Il n'y a plus traces de bulles sur la peau ; les excoriations et les papules dues au grattage sont bien moins nombreuses.

5 avril. — Deux vésicules sur le bord interne du poignet gauche, mais la rémission persiste ; le prurit n'a pas entièrement disparu, toutefois il n'obsède plus le malade ; par contre, celui-ci a depuis plusieurs jours des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; les réflexes sont normaux.

Tableau des analyses de l'urine.

(Alimentation : 4 degrés).

Date.	Volume des urines	Urée
	émises en 24 heures.	Quantité pour les 24 heures.
—	—	—
21 mars.	2 litres	16 grammes.
23 mars.	950 cent. cubes	20 —
31 mars.	2 litres	18 —
4 avril.	2 litres 1/4	13 gr., 50
7 avril.	<i>Idem</i>	15 gr., 40
13 avril.	2 litres	15 grammes
15 avril.	1 litre 3/4	18 —

MM. Tenneson et Lyon font suivre leurs observations des réflexions suivantes :

Ce qui nous a le plus frappé chez ces malades, ce que nous voudrions surtout mettre en lumière, c'est l'unité nosologique des

lésions cutanées diverses qui ont évolué simultanément ou successivement ; mais cette unité ressortira de la lecture de nos observations, bien mieux que des commentaires que nous pourrions y joindre.

Etant admis que nos malades ont eu une seule dermatose et non plusieurs, il convient d'en discuter brièvement les connexions pathologiques. Le n° 1 est une nerveuse héréditaire, sa mère est morte folle ; chez le n° 2, la maladie a succédé à de violentes secousses morales ; cela montre une fois de plus le rôle important du système nerveux dans la pathogénie des affections cutanées ; mais cela ne suffit pas pour ranger la *dermatite herpétiforme* dans le groupe des dermatoses neuropathiques.

L'insuffisance de l'élimination rénale, chez l'un de nos malades, au moins, est démontrée par le faible taux de l'urée excrétée quotidiennement ; l'urémie chronique qui en est la conséquence doit influencer la peau des sujets prédisposés, mais nous ne saurions aller au delà et voir dans la maladie de Duhring une simple dermatose toxique ; l'urémie chronique est en effet aussi commune que la dermatite herpétiforme est rare.

Le même trouble de la fonction rénale explique la sensibilité de nos malades à l'action de certains médicaments (opium, salicylate de soude), habituellement inoffensifs aux doses auxquelles ils ont été administrés. — Nous mentionnons, sans y insister, l'existence, chez le n° 1, d'un épithélioma utérin ; on ne sait encore rien de précis sur les rapports « de la dartre et du cancer »...

Par contre, nous n'hésitons pas à voir dans les arthralgies du second malade et dans la dermatose concomitante deux localisations de la même maladie, deux effets de la même cause inconnue. Nous évitons de parler à ce propos de rhumatisme ; il n'est plus permis d'appeler rhumatismal tout ce qui affecte les articulations.

OBSERVATION III (inédite).

(Prise par M. Triboulet dans le service de M. Tenneson).

La nommée X..., âgée de 51 ans, domestique, est entrée le 4 décembre 1890, salle Bielt, n° 39.

Femme de robuste constitution, sans antécédents héréditaires, ni personnels, est entrée à Cochin, le 14 novembre 1890, dans le service de M. J. Anger pour un épithélioma du col de l'utérus qui depuis huit mois détermine des pertes abondantes et des métrorrhagies fréquentes. La malade a subi à Cochin une cautérisation avec le cautère à gaz de Nélaton.

Trois ou quatre jours après son entrée à Cochin la malade vit survenir l'éruption actuelle. Celle-ci débuta par les cuisses et par les jambes, sous forme de placards de dimensions variables, d'apparence ortiée, sur lesquels surgissaient de petits éléments vésiculeux déterminant un prurit intense.

La malade est envoyée à Saint-Louis, par M. Guitton interne du service de chirurgie de Cochin.

4 décembre. — A son entrée, femme d'aspect fatigué, à teint, jaune presque caractéristique, présente disséminée à tout le corps, sauf à la face une éruption ainsi composée :

Placards surélevés, absolument comparables à des élevures d'urticaire, de coloration plus foncée, érythémateuse à la périphérie, blanc mat au centre, de dimension variant de celle d'une pièce de 0,20 c. à l'étendue de la paume de la main et bien davantage, principalement aux cuisses, aux fesses et à l'abdomen rugueuses au toucher, ce qui est dû à la présence d'éléments nombreux disséminés sur ces élevures, et qui sont des vésicules les unes encore intactes, les autres desséchées, croûteuses, les

autres enfin excoriées, plus ou moins détruites par le grattage. — Toutes ces vésicules sont ainsi disposées que, elles dessinent sur les élevures un tracé fermé, répondant exactement à celui de l'élevure elle-même, circulaire, ovale, irrégulier et de la même irrégularité là où les élevures sont arrondies, ovalaires, irrégulières, les deux tracés sont concentriques, celui des vésicules est central, et partant, plus petit. — En plusieurs points, sur une élevure, il existe deux tracés concentriques de vésicules.

Les mains et les pieds sont actuellement indemnes, la face également, mais nous devons signaler la coïncidence curieuse d'un herpès labialis remontant à 6 ou 8 jours et actuellement représenté par quelques croûtelles brunâtres.

Rien de spécial sur les muqueuses.

Les signes subjectifs : démangeaisons violentes, pas de douleurs profondes, pas de crampes.

Etat moral assez bon, cependant antérieurement tourment, assez grands chagrins.

L'état général est celui que nous avons dit : tendance à la cachexie. — Localement, carcinome utérin typique. Ulcération plate, coupant le col en biseau d'avant en arrière, bord tranchant, dure induration remontant au 1/3 du corps, encore un peu de mobilité de l'organe, ganglions pelviens impossibles à percevoir.

Etat des voies digestives à peu près bon.

Analyse des urines.

Quantité émise en 24 heures	1200 gr.
Urée	16 gr. 50

OBSERVATION IV (personnelle).

La nommée Julie G..., âgée de 18 ans, est entrée le 11 octobre 1893, dans la salle Bielt du service de M. Tenneson.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, a abandonné sa famille, il y a deux ans environ.

La malade se souvient qu'avant ce temps, son père se plaignait de fortes douleurs dans les jambes.

Mère morte à 45 ans, de tuberculose pulmonaire.

Un frère (12 ans), une sœur (7 ans), vivants et bien portants.

Une sœur morte en bas-âge.

La malade n'a pas connaissance des maladies nerveuses chez ses parents, proches ou éloignés.

Antécédents personnels. — Céphalées fréquentes dans le jeune âge, revenant encore parfois.

Impétigo pendant six mois à l'âge de 13 ans.

Rougeole à sept ans. Coqueluche la même année.

A l'âge de 15 ans, une première menstruation normale.

Cette fonction s'est reproduite, mais en décroissant progressivement et a finalement complètement disparu.

La malade se plaint d'avoir toujours manqué d'une nourriture suffisante.

Début de la maladie. — A la fin de l'année 1892, éruption des bulles volumineuses, sans macules ni papules (d'après les souvenirs de la malade), formant bracelet autour du poignet droit. Ces bulles crevées laissaient sourdre un liquide clair, puis un peu de sang. La durée de cette éruption a été de six semaines environ. Pendant tout ce temps, le poignet droit a été le siège de douleurs vives et subites. Traitement. Ouverture des

bulles, lavage à l'eau boriquée, pansements avec poudre de fécule.

Dans les premiers jours d'octobre 1893, début de l'éruption actuelle. La malade avait dû s'aliter, pendant la seconde quinzaine de septembre, accusant une céphalalgie très intense, une légère angine, de vives douleurs abdominales, et une grande faiblesse générale. Cette faiblesse a persisté depuis. Une semaine après son rétablissement de cette maladie, la malade s'apercevait d'une nouvelle poussée de bulles, siégeant à la même région que la première poussée (poignet droit), pendant que des papules de couleur rouge apparaissaient au coude droit.

Les douleurs semblables à celles que la malade a éprouvées, lors de la première éruption, ont été ressenties, dès le début de l'éruption actuelle, quoique beaucoup moins vives.

Des bulles se sont ensuite développées sur les papules du coude droit, puis des papules également suivies de bulles au pied droit. L'éruption s'est ensuite généralisée, toujours précédée de douleurs vives, localisées à la région où devaient apparaître les nouveaux éléments éruptifs.

Certaines bulles s'étaient formées directement sur la peau saine; les autres, au contraire, avaient pris naissance sur les papules, qui les avaient précédés.

Un certain nombre de papules, par contre, disparaissaient sans avoir porté de bulles.

Evolution. — A son entrée à l'hôpital, la malade présente des bulles volumineuses sur les deux bras (sur le bras gauche elles avaient, par leur confluence, et par le défaut de soins, déterminé une large ulcération superficielle), sur les deux jambes, le cuir chevelu et la nuque.

On observe de larges papules d'un rouge vif disséminées sur toute la surface cutanée. Quelques jours après, une bulle développée sur la muqueuse pituitaire détermine des épistaxis répétées.

Huit jours après son entrée à l'hôpital la malade est prise d'une poussée de bulles généralisée et confluyente avec symptômes généraux (maux de tête, fièvre, anorexie complète, prostration). Pendant cette poussée, d'une durée d'un mois environ on constate un œdème notable des extrémités et de la face. A l'auscultation du cœur on n'entend aucun bruit anormal. Les deux bruits normaux ont seulement un retentissement métallique. Aucun signe du côté des poumons et de la plèvre. Les urines sont légèrement albumineuses. La quantité d'urine émise par 24 heures est de 1500 centimètres cubes et contient 9 gr. 60 d'urée.

La malade prend à partir du 24 octobre pendant dix jours 10 grammes de teinture de Valériane, puis 20 grammes de la même teinture par jour et des bains simples à 30°.

Les 4, 5, 6 novembre. — Elle prend 75 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 7 novembre. — L'état général est meilleur.

Les urines contiennent 15 gr. 49 d'urée par 24 heures. L'éruption a une tendance évidente à sécher. La malade commence à prendre de l'arséniate de soude.

A partir de ce moment l'éruption commence à diminuer progressivement. Le nombre des bulles est faible. Tous les deux jours environ il se fait une petite poussée d'une dizaine de ces bulles qui guérissent très rapidement.

Vers la mi-janvier 1894, une nouvelle poussée sur toute la surface cutanée se forme, mais sans symptômes généraux.

Quelques bulles sont hémorrhagiques. Elle prend alors de l'ergotine qui semble augmenter l'éruption et du benzonapthol.

Jusqu'au 10 mars (changement du service) aucun nouvel incident.

Actuellement la malade est de nouveau dans le service de M. Tenneson, salle Gibert, n° 8.

Examen des urines.

Le 12 octobre 1893.

Volume 1200 gr.

Urée par 24 heures. 10 » 75

Le 9 avril 1894.

Urée par jour. 4 gr. 48

— par litre 6 » 405

Le 22 avril 1894.

Urée par jour. 12 gr. 69

Le 6 janvier 1894.

Volume 1450 cc.

Urée par jour 8 gr.

Le 10 mai 1894.

Volume 1400 cc.

Urée par 24 heures 14 gr. 24

Le 12 mai 1894.

Volume 1560 cc.

Urée par jour. 12 gr.

Examen des urines le 23 janvier 1895.

Urée par litre 18 gr. 75

— par 24 heures. 17 » 25

Pas d'albumine, ni sucre.

OBSERVATION V (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur Fournier.

La nommée Marie L..., âgée de 59 ans, est entrée dans la salle Henri IV, n° 31, le 14 août 1893. Le diagnostic de dermatite herpétiforme étant fait par M. le professeur Fournier, nous

croyons inutile d'entrer dans les détails de cette observation. Disons seulement que la maladie a commencé à l'âge de 57 ans à la suite d'un chagrin violent.

Depuis elle marche par poussées successives. Son état général est bon ; l'appétit est conservé. Dans ses antécédents personnels rien de particulier ; dans ses antécédents héréditaires, on note que le père de la malade était très nerveux.

Analyse des urines pratiquée le 26 janvier 1895.

Volume de l'urine émise dans les 24 h. 1400 cc.

Réaction très acide.

Densité 1016

Urée 10 gr. par litre.

Acide urique 0 gr. 50

Chlorure de sodium 8 gr.

Acide phosphorique. 0 gr. 54

Albumine *traces très sensibles.*

Sucre.

Le 27 janvier, vol. en 24 h. 1350 cc.

Urée. 12 gr. 50

OBSERVATION VI (inédite).

Prise par M. Lyon dans le service de M. le Dr Tenneson.

Le nommé M..., âgé de 23 ans, est entré le 19 avril 1888 dans la salle Hillairet, n° 33.

Antécédents héréditaires. — Père mort des suites d'un accident à l'âge de 54 ans.

Mère morte à 49 ans, d'une maladie nerveuse (paraplégie), qui durait depuis cinq ans.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — M... n'a jamais été sérieusement malade jusqu'à maintenant.

Comme tous les enfants, il a eu des fièvres, éruptions (rougeole, etc.).

Il est sujet aux épistaxis depuis son enfance ; dès l'âge de six ans, il saignait du nez, et cela plusieurs fois par mois. Les épistaxis n'ont jamais cessé ; elles sont, au contraire, devenues plus abondantes et plus fréquentes depuis quelque temps. M... se congestionne facilement ; des bouffées de chaleur lui montent au visage après les repas ; il est fort mangeur mais n'a jamais fait d'excès de boissons.

Pas de syphilis.

Vers le commencement du mois de février, sans écarts de régime, sans modifications dans son genre de vie, sans cause appréciable, M... fut atteint d'urticaire, ou d'une éruption semblable de tous points par ses caractères objectifs à cette maladie, c'étaient des élevures œdémateuses, de coloration blanchâtre, entourées d'une marge érythémateuse, qui survenaient rapidement, persistaient quelques heures, puis s'affaissaient pour reparaître en d'autres points.

Cette urticaire n'occasionna qu'un prurit très supportable, mais s'il n'eut que peu de démangeaisons M... eut à souffrir de douleurs articulaires mobiles comme les manifestations cutanées, et s'accusant pendant la nuit. Les jointures n'étaient ni tuméfiées ni douloureuses à la pression.

De plus les épistaxis auxquelles le malade était sujet depuis longtemps se répétèrent quotidiennement pendant plus de six semaines.

M... fut soigné par un médecin des hôpitaux qui prescrivit le traitement habituel de l'urticaire et donna au malade du salicylate de soude contre les douleurs articulaires. Ce traitement resta inefficace, bien plus l'urticaire subit une recrudescence à la suite de l'ingestion de salicylate de soude.

D'autre part, trois semaines environ après le début de la

maladie, un autre élément éruptif vint se joindre au précédent. Des vésicules, ou des bulles de petites dimensions (il est difficile de préciser à cet égard) se montrèrent sur différents points du corps, mais principalement sur les mains et sur le visage.

M... ne voyant pas de modifications dans son état, entre à l'hôpital Saint-Louis le 9 avril, plus de deux mois par conséquent après le début de sa maladie.

Etat actuel. — On constate sur le front, sur les joues, sur le menton, quelques croûtelles jaunâtres, ressemblant assez bien à celles de l'impétigo. Sur le thorax, l'abdomen et les cuisses, de larges placards, faisant un fort relief au-dessus du tégument; il suffit de frotter la peau pendant quelques instants pour en faire apparaître de nouveaux. Ces placards présentent une coloration rosée à leur périphérie; mais la partie surélevée est blanchâtre. A ce moment deux bulles seulement sur le corps : l'une est située sur le bord interne du quatrième métacarpien gauche; l'autre sur la face interne de la cuisse droite; elles sont bien tendues, dures au toucher, contiennent un liquide jaunâtre, visqueux, se concrétant rapidement. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, le malade a bon appétit, n'accuse ni renvois, ni pesanteurs d'estomac. Pas de constipation. Son cœur bat dans le quatrième espace intercostal. Le premier bruit de la pointe est remplacé par un souffle doux; il y a de plus un roulement présystolique qui plus tard sera plus nettement appréciable à l'auscultation; M..., n'attire pas l'attention sur l'état de son cœur, il semble que la lésion cardiaque ait évolué silencieusement jusqu'à présent; cependant lorsqu'on le presse de question, il reconnaît que depuis un certain temps, deux ans peut-être, il s'essouffle plus facilement qu'autrefois.

Il n'a jamais eu d'accès de dyspnée, de palpitation, ni d'œdème des jambes, les artères radiales, temporales, sont dures, résistantes

au doigt ; il y a une artério-sclérose manifeste. Rien d'autre à signaler.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, examinées à plusieurs reprises au point de vue de la quantité d'urée qu'elles contenaient, elles ont toujours présenté une quantité d'urée inférieure à la normale.

On se borne comme traitement à prescrire pendant quelques jours des applications de poudre d'amidon, des bains alcalins.

27 avril. — Deux bulles sur le scrotum.

2 mai. — Sur la partie antérieure du cou, au-devant des cartilages, apparaissent de petits placards érythémateux allongés transversalement d'une étendue de deux à trois centimètres, recouverts d'un certain nombre de vésicules, grosses en moyenne comme des têtes d'épingles et groupées les unes à côté des autres. Les plaques œdémateuses du début se sont affaissées, mais leur bordure périphérique rouge persiste, de sorte que maintenant le thorax, l'abdomen, les membres inférieurs, présentent uniquement des rougeurs simulant l'érythème circiné ou marginé.

6 mai. — Ces placards herpétiformes persistent au-devant du larynx ; une bulle est établie au-dessous de la malléole interne du côté droit.

7 mai. — Une bulle sur le poignet gauche. Bromhydrate de quinine, 0,80 centigrammes.

8 mai. — Quelques élancements dans les masses musculaires. Ni prurit, ni sensations de brûlure.

9 mai. — Quelques bulles de petites dimensions sur le bord inférieur du tibia gauche et au niveau du bord externe du tendon d'Achille. Un certain nombre de bulles présentent la transformation pustuleuse, c'est-à-dire que leur contenu, de jaunâtre et transparent, devient louche, opaque et purulent, en même temps la poche se vide, s'affaisse, pour donner bientôt lieu à une croûte jaunâtre ou grisâtre, qui recouvre une surface excoriée, d'un

rouge vif, mais pas de véritables ulcérations. Il serait impossible, à quiconque n'aurait pas assisté à l'évolution des éléments éruptifs et aux diverses phases de leur transformation, de ne pas porter le diagnostic d'ecthyma.

Remarquons qu'il n'y a pas et qu'il n'y aura pas dans la suite de lésions pustuleuses d'emblée, mais uniquement transformation, aisée à surprendre, des bulles en pustules, en un mot la polymorphie de l'éruption est plus apparente que réelle. On suspend l'usage du bromhydrate de quinine.

Liniment oléocalcaire sur les parties couvertes de bulles ; à l'intérieur, 20 gouttes de liqueur de Fowler.

11 mai. — Le visage est atteint à son tour, des bulles nombreuses recouvrent le front, le menton, les régions molaires, toutes de petite dimension (grosueur d'un petit pois), sauf une, volumineuse celle-là, surplombant le bord de l'hélix de l'oreille gauche.

12 mai. — 0,10 centigrammes d'extrait thébaïque.

13 mai. — Le matin on constate que le corps est recouvert de larges taches rouges congestives, et que çà et là l'épiderme se soulève en vésicules. Cette poussée est de toute évidence provoquée par l'extrait thébaïque que l'on suspend immédiatement.

17 mai. — Les placards érythémateux (qui ne ressemblent en rien aux placards œdémateux de l'urticaire du début) sont surmontés de grosses bulles, sur le cou, les avant-bras.

20 mai. — Disparition de l'érythème, transformation pustuleuse et croûteuse des bulles.

Du 20 au 28 mai. — Accalmie.

28 mai. — Quelques douleurs dans les cuisses, sans aucun caractère d'acuité. Constatons toujours l'absence de prurit.

29 mai. — Deux bulles sur la partie postérieure de l'avant-bras gauche.

9 juin. — Iodure de potassium, 2 grammes.

10 juin. — Sur la face antérieure des cuisses et sur la face des placards érythémateux analogues à ceux qui ont succédé à l'ingestion de l'extrait thébaïque ; sensation de brûlure au niveau de ces placards.

11 juin. — Un certain nombre sont devenus confluent, il semble que le malade ait la scarlatine ; la face antérieure du thorax, le cou, présentent une coloration rouge-vif, bulle sur la face antérieure des poignets, sur les oreilles, la face antérieure des cuisses, etc. (l'iodure n'a été pris qu'un seul jour le 10 juin).

13 juin. — Disparition des plaques rouges du 13 au 20, pas de nouvelle poussée bulleuse.

20 juin. — Exéat.

L'état général est excellent, le moral du malade n'est pas affecté par la durée de la maladie. Le souffle systolique de la pointe s'est atténué ; en revanche le roulement présystolique paraît plus net.

Une auto-inoculation faite avec le liquide des bulles est restée négative.

Volume des urines émises en 24 h. 1200 cc.

Urée par jour. 12 gr. 50

Pas d'albumine, ni sucre. . . .

OBSERVATIONS VII et VIII

Rapportées par M. le professeur Fournier et L. Wickham.

(*Annal. de dermat. et syph.*, 1893).

VII. — Dans la première observation les signes cardinaux de dermatite herpétiforme sont complets. On retrouve : 1° le polymorphisme (éruption érythémato-vésiculeuse, parfois circonscrite, vésiculo-pustuleuse, pustuleuse, etc.), les lésions recouvrent tout le corps.

Il a quelques éléments buccaux ; 2° Le prurit intense ayant toujours précédé les poussées, et existant indifféremment sur des surfaces malades et des surfaces indemnes ; 3° La chronicité (5 ans) avec les poussées successives et les périodes d'accalmies ; 4° La conservation du bon état général. Pas de fièvre, pas de perte de poids. Bon appétit, bon sommeil. Diarrhée de temps en temps facilement arrêtée. La peau est très épaisse et fortement mélanodermique. Etiologie nerveuse. Grande émotion quelques jours avant le début du prurit. Emotivité extrême, et dans les antécédents héréditaires : mère aliénée.

Analyse des urines par M. Cathelinan :

Vol. de l'ur. émise dans les 274	385 cc. densité	1.032
Urée.	12 gr. 16 chlorures	8,17
Ac. urique.	0 gr. 60	
Azote de l'urée	5,652	azotetotal 7,225
Coefficient d'oxydation	782 0/0, il y a dim. des oxyd. azot.	
Ac. phosphor	1,306	

VIII. — La seconde observation ne présente pas dans leur complet développement les signes cardinaux de la dermatite de Duhring.

Le polymorphisme des éléments primitifs n'existe pour ainsi dire pas. Ce sont toujours des bulles qui ont paru dès le début. Ces bulles sont remplies, très tendues, et ont parfois un volume énorme. Elles se développent sur peau saine, et ne sont jamais entourées d'une aréole inflammatoire. Ces éléments se sont successivement développés sur tous les points du corps, excepté à la face. Quelques éléments ont apparu sur la muqueuse buccale à la lèvre inférieure.

La chronicité n'est peut-être pas encore assez établie, en ce sens que les lésions remontent seulement à six mois.

Il n'y a pas eu encore d'accalmies complètes. Il s'agit d'une première attaque avec poussées subintrantes.

Le prurit manque depuis deux mois, pourtant le phénomène du prurit inconscient existe; mais pendant les trois premiers mois, le prurit a été considérable. Il a précédé l'éruption de quelques jours et est venu quelques jours après un grand chagrin, une grande perturbation nerveuse. La malade est sujette à de fortes colères.

L'état général n'est ni absolument conservé, ni mauvais. La courbe donne une moyenne de 38° et, à l'occasion de poussées nouvelles, elle monte à 40°. Mais il n'y a que peu d'affaiblissement. L'appétit et le sommeil sont excellents, le poids est conservé.

Analyse des urines par M. Cathelinau.

Faible volume de l'urine émise dans les 24 heures (580 cc.).

Urée.	20 gr.
Acide urique	0,394
Azote de l'urée.	9,30
Azote total.	11,92

Coefficient d'oxydation 78 0/0 (ralentissement des oxydations azotées).

Chlorure 6,98; acide phosphorique 0,44.

Densité 10,20.

Réaction très acide.

OBSERVATION IX (rapportée par M. Julien).

(In *Annales de dermat. et syphilogr.*, 1893, p. 1207).

« Jeune homme de 27 ans, que je vis en septembre dernier et qui m'était adressé comme atteint de syphilis. Sur le tronc et les racinés des membres, je vis une éruption caractéristique de gros nodules et des macules violacées dont il serait superflu de donner ici la description.

Ce qui me frappa, et ce qui avait causé l'erreur de mes confrères, c'est l'état des muqueuses. Glands et prépuce gonflés, présentaient une vaste surface uniformément ulcérée, d'un rouge vif et saignant au moindre contact; on eût dit ces organes pelés et le décalotage amena une véritable hémorrhagie. Le mal avait commencé là par un soulèvement bulleux, hydroïque, de toute la muqueuse. Même chose à la face où les lèvres et les paupières étaient soulignées d'une bande marginale de couleur bistre, à contour irrégulier, festonné, luisant et comme vernissée. Enfin, à la longue un élément érosif allongeait sur la face dorsale son centre jaunâtre et ses bords indécis.

Cette éruption essentiellement polymorphe, venue avec malaise général, fièvre et céphalalgie, s'était accompagnée de sensations douloureuses, picotements, brûlures, et surtout à la verge et à l'anus d'intolérables démangeaisons. J'appris que des poussées similaires s'étaient produites antérieurement, en novembre et décembre 1892, en mars et juin 1893; mon observation avait lieu en septembre et j'ajoute que de nouveaux accidents se produisirent en octobre, bien qu'atténués par la médication alcaline et arsénicale. Quant aux causes occasionnelles, il y en avait toujours, et toujours il s'agissait, chez un homme d'une grande sobriété habituelle, d'un écart de régime ou d'une grande

fatigue ; en juin, dîner trop copieux ; en août, marche prolongée avec absorption d'alcool, d'absinthe ; en octobre, pendant une période de 28 jours, longue étape au grand air et travail manuel des fortifications.

Examen des urines :

Densité.	10 27
Matières sol.	49,23
Urée.	31 gr.
Ac. urique	0,36
Chlorure de sod.	7,83
Réaction très acide.	

OBSERVATION X

Par M. Julien, *in Ann. de dermat. et syph.*, 1893, *ibid.*

Je me bornerai à mentionner le second cas que j'observai chez un jeune homme qui avait eu un chancre syphilitique qui par des moyens abortifs que j'ai préconisés est resté exempt d'éruptions secondaires. Une dizaine de larges éléments de teinte bronzée, maculeux, quelquefois humides, atteignant pour la plupart le volume d'un écu, parurent sur le tégument par poussées successives, à intervalles variables, causant au malade de grands émois.

Le diagnostic ne pourrait offrir aucun doute. Or, les *urines examinées* pendant une de ces époques éruptives contenaient l'énorme proportion de 0,95 et d'acide urique, avec une densité de 10,28. Urée, 17 grammes. Ac. phosphorique, 3 gr. 10.

OBSERVATION XI

Par M. Brousse, in *N. Montpellier Méd.*, 1894, p. 149.

Marie V..., âgée de 66 ans, domiciliée à Garigues (Hérault), est entrée le 28 septembre 1893, dans le service de M. Brousse, salle Ambroise Paré, n. 9.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée depuis l'âge de 12 ans, la malade a toujours eu des règles normales et peu abondantes. Ménopause à 48 ans. Mariée à l'âge de 22 ans, elle a eu quatre grossesses, tous les quatre accouchements à terme. Le premier enfant n'a vécu que quelques jours et la malade a mis longtemps à se remettre de ses couches; une fille est morte à 3 ans de coqueluche.

Les deux autres enfants se portent bien. Pas de syphilis. La malade se plaint d'avoir eu dans sa vie beaucoup de chagrins, elle a mené une vie très active, se livrant toujours aux travaux pénibles de la campagne; elle n'a cessé de travailler que tout dernièrement lorsque épuisée par la fatigue et le surmenage elle s'est sentie à bout de ses forces.

La malade vivait, d'ailleurs, dans de mauvaises conditions hygiéniques, et se nourrissait très mal. S'exposant souvent à l'humidité elle a beaucoup souffert, il y a 6 ans, d'une névralgie sciatique droite pour laquelle elle est allée passer une saison à Lamalou. Depuis la malade marche avec une certaine difficulté en traînant la jambe.

La maladie actuelle aurait débuté au mois de juin par une otorrhée accompagnée de suintement derrière les oreilles. Vers la même époque, la malade faisait constater à son entourage la présence de petites bulles apparaissant à la face interne de la

bouche et surtout à la voûte palatine. Peu de temps après, de larges taches rouges mal délimitées et non saillantes apparaissent sur les cuisses, pour remonter et gagner assez rapidement toute la paroi abdominale antérieure.

Cet érythème ne s'accompagnait d'aucun phénomène général et les manifestations locales elles-mêmes se bornaient au point de vue subjectif à une sensation de chaleur peu prononcée, il n'y avait point de démangeaisons ni de douleurs. Au bout de trois ou quatre jours la malade a vu apparaître sur le membre inférieur des bulles qui se rompaient au bout d'un certain temps et laissaient écouler un liquide jaune qui en se coagulant formait des croûtes. L'affection a suivi continuellement une marche envahissante ; les bulles envahirent successivement le ventre, les membres supérieurs et en dernier lieu le tronc et le cou.

Cette éruption ne s'accompagnait pas directement de phénomènes généraux bien marqués ; mais les démangeaisons excessivement vives auxquelles elles donnaient lieu exercèrent un certain retentissement sur l'état général de la malade. Ses digestions se faisaient mal ; elle avait de la diarrhée, de l'inappétence et se sentait très affaiblie. Aussi la trouvons-nous à son entrée dans un véritable état cachectique. Le prurit intense dont se plaint la malade amène une insomnie presque absolue, qui expliquerait à elle seul l'amaigrissement et la débilitation très prononcée de la malade. L'examen fait constater un certain nombre de bulles disséminées sur tout le corps. De forme très régulière, arrondies ou ovales, elle sont d'un volume variable, la plupart sont semblables à un pois, mais à côté de celles-ci on en voit d'autres qui ont le volume d'une grosse noix ; il y a enfin des vésicules dont le volume est celui d'une tête d'épingle. Autour de la bulle on ne constate aucune trace d'aréole rouge. En perçant ces bulles on fait écouler, tantôt une sérosité jaune citrine, tantôt un liquide moins transparent, mais jamais purulent.

A côté de ces bulles plus ou moins complètement formées on en voit d'autres qui sont comme affaissées ; enfin souvent on ne retrouve qu'une surface rouge et humide laissée à découvert par la bulle qui vient de se rompre, ou bien une croûte jaune peu épaisse et qui se laisse détacher très facilement. Il n'est pas difficile de reconnaître sous tous ces aspects différents la même lésion parvenue à ses divers degrés d'évolution. En effet, on ne trouve pas d'autres manifestations primitives, sauf quelques exco-riations linéaires, dues évidemment au grattage, mais on constate des altérations profondes dans la consistance et la couleur de tout le tégument externe : la peau est devenue épaisse et présente par place comme de petites papules ; elle est rude au toucher comme une écorce d'arbre, elle est d'un aspect sale et a pris une teinte brune presque noire par place. Des macules, d'un brun plus ou moins intense, vestiges des bulles disparues zèbrent la peau de la malade.

Ces altérations de la peau ne pouvaient être considérées que comme étant consécutives à l'affection initiale, qui d'après les symptômes et la marche que nous venons de décrire, paraît être la dermatite herpétiforme.

Examen des urines :

Quantité en 24 heures. . .	1450 grammes.
Densité	1022 —
Urée.	17,2
Chlorures.. . . .	12,7

OBSERVATION XII

Hallopeau et Fournier. *Ann. de Dermal.*, 1892, p. 1160.

Le nommé M..., âgé de 19 ans, ajusteur, a vu son éruption débiter dans les derniers jours de mars; comme circonstance pouvant avoir de l'intérêt au point de vue étiologique, on note que le jeune homme couchait sous une soupenle, dans un coin obscur, il était d'ailleurs d'aspect débile.

Lors du premier examen sa dermatose était constituée par de nombreuses croûtes et croûtelles assez épaisses et se détachant facilement au-dessous, le derme présentait une coloration d'un rose vif; çà et là on voyait quelques points ecchymotiques, l'éruption était limitée à la région dorso-lombaire, à la poitrine et à la partie postéro-externe des membres; il n'a été noté à ce moment ni prurit ni démangeaisons; il n'y avait pas de fièvre; l'appétit était conservé.

Le 14 mai. — L'éruption a augmenté; la rougeur du derme est devenue plus vive; les squames sont plus abondantes; la face est envahie. Le 24 mai on constate un léger suintement. Le 4 juin l'éruption est redevenue squameuse: elle s'est encore étendue; elle occupe le cuir chevelu; elle s'accompagne de prurit; la santé générale est troublée; il y a un léger mouvement fébrile et un peu de diarrhée.

Le 11 juin. — La desquamation est encore plus considérable; l'épiderme s'exfolie en larges lamelles très abondantes, sèches et blanches; le derme sous-jacent est rouge et suintant.

Le 18 juin. — Les extrémités sont intéressées; à la face l'éruption a gagné les paupières; le prurit a augmenté.

Le 1^{er} juillet. — Le malade s'est amaigri, les extrémités sont

le siège d'un œdème notable ; il n'y a aucun signe de maladie de cœur. Jusqu'au 12 août, moment où le malade est reçu par M. Jenselme au n° 31 *bis* du pavillon Bazin, la situation reste à peu près la même ; la rougeur et le suintement fétide persistent ; il en est de même de la desquamation ; elle se fait aux mains en doigts de gants, aux pieds en larges plaques ; cependant l'état de ces parties présente de l'amélioration, la peau y redevient saine par flots.

Le 15 août. — M. Jenselme constate sur les parties du tégument, où l'éruption n'est pas confluyente, l'existence de placards dont la périphérie est limitée par un *soulèvement bulleux* qui représente la zone d'extension de la plaque éruptive. Le tronc, dans toute son étendue sauf au niveau de la région interscapulaire, est le siège d'une rougeur généralisée que masque en beaucoup de points de vastes exfoliations épidermiques ou de minces croûtelles ; dans les points où les squames sont tombées on voit des surfaces d'un rouge vif et suintant : elles sont souvent circonscrites par un *soulèvement bulleux* de l'épiderme. Eruptions analogues aux membres supérieurs et inférieurs.

La fièvre persiste.

Le 21. — Il continue à se produire des poussées bulleuses ; le plus habituellement ce sont des soulèvements irrégulièrement circulaires autour des plaques anciennes ; on voit de plus en différents points des groupes de petites bulles disposées en cercles plus ou moins réguliers ; deux de ces cercles occupent la face antérieure de l'avant-bras gauche ; on voit également des bulles isolées ; en d'autres points les cercles bulleux limitent les surfaces dont le diamètre atteint plusieurs centimètres.

C'est surtout aux membres que l'éruption est en activité ; aux cuisses et aux jambes les bulles sont, tantôt groupées en cercle, tantôt confluentes, tantôt disposées en bourrelets sinueux.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Urée par litre.	11 gr. 52
Chlorures	1 gr. 525
Phosphates	1 gr. 44

Quantité émise en 24 heures serait d'un litre environ. Depuis lors l'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié ; on voit incessamment se produire les mêmes éruptions bulleuses.

OBSERVATION XIII (de M. le D^r Hallopeau).

(*Annal. de dermat.*, 1889, p. 563).

C'est la seconde fois que le sujet est entré dans son service. Il y est venu une première fois le 9 mars 1889, quatre jours après le début de la maladie ; elle était alors limitée aux membres inférieurs, où elle affectait une disposition remarquablement symétrique. Il s'est produit à ce moment pendant une semaine environ une série d'éruptions bulleuses.

Elles avaient cessé lorsque le malade est sorti le 15 mars, mais dès le 21, elles se sont manifestées de nouveau en se généralisant alors à toute la surface tégumentaire et en envahissant l'isthme du gosier, le sillon balano-préputial et l'entrée des narines ; les bulles sont plus nombreuses et volumineuses que la première fois.

L'affection paraît au premier abord mériter pleinement la nomination de polymorphe proposée par M. Brocq ; on voit, en effet, simultanément, des plaques érythémateuses saillantes ou non, de grosses vésicules, des bulles dont les dimensions varient entre celles d'un grain de chènevis et celles d'une cerise et dont le contenu, ordinairement citrin, devient parfois purulent ; ces bulles sont les unes isolées, les autres disposées en fragments de cercles à la périphérie, des plaques érythémateuses ; certaines d'entre elles ne sont entourées d'aucune auréole érythémateuse, on voit

enfin des saillies papuleuses plus sombres et surmontées d'une croûte. Comme il est de règle en pareil cas, le malade éprouve dans les parties malades une sensation de cuisson très pénible.

L'urine renferme une *quantité considérable d'albumine*.

OBSERVATION XIV (de M. G. Thibierge).

(*Ann. de dermat.*, 1889, p. 79).

Mme B..., âgée de 77 ans, ancienne laitière, d'une bonne santé antérieure, se présente le 30 mai 1889 à la consultation de mon excellent maître, M. le Dr Er. Besnier, qui veut bien me charger de recueillir son observation et m'autoriser à la présenter à la réunion du jeudi.

Il y a environ 50 ans, Mme B... a eu pour la première fois une éruption qui, d'après sa description, était certainement de l'urticaire et qui s'est reproduite à plusieurs reprises les années suivantes ; mais jamais elle n'avait eu d'éruption semblable à celle dont elle est atteinte actuellement.

Depuis deux ans environ, prurit dans diverses régions ; cependant l'éruption actuelle semble avoir débuté il y a seulement cinq mois par une large plaque prurigineuse occupant la région lombaire, au point d'appui d'un bandage employé pour obvier à une éventration avec prolapsus graisseux de la paroi abdominale ; depuis lors le prurit n'a pas cessé, accompagné d'une sensation douloureuse de cuisson dans les régions où l'éruption est sur le point de se développer. L'éruption serait restée localisée à la région lombaire jusqu'il y a deux mois et ce serait seulement depuis cette époque qu'elle aurait atteint les membres. Lors du premier examen de la malade (30 mai), l'éruption occupe le tronc et les membres, surtout les membres supérieurs, et respecte presque entièrement l'extrémité céphalique ; elle s'accompagne

toujours de prurit et de sensations de cuisson. L'état général est bien conservé ; l'appétit est bon, le sommeil est respecté.

Sur le thorax, quelques plaques rouges circonées avec bulles disséminées. Eruptions bulleuses sur les différentes parties du corps. Le 6 juin, les localisations de l'éruption sont toujours les mêmes, et la face demeure respectée, mais les lésions sont dans chaque région plus étendues et plus nombreuses, des bulles nouvelles se sont développées dans toutes les régions envahies. La partie supérieure du dos est presque entièrement recouverte par une large plaque, résultante de la confluence de croûtes.

Les jours suivants, les bulles deviennent encore plus nombreuses, mais restent isolées les unes des autres, un petit nombre seulement sont confluentes. Elles semblent toutes reposer et se développer sur des plaques érythémateuses.

Analyse des urines du 10 juin, par M. Sonnerat.

Quantité	1500 gr.
Densité.	1018 gr.
Urée par litre	19 gr.
Acide phosphorique.	2 gr. 05
Sucre	0
Globuline	0
Sérine.	traces
Indican	traces

Vers le milieu de juin, les lésions cutanées commencèrent à s'amender, en même temps que les symptômes fonctionnels se calmèrent ; cependant on vit encore apparaître des éléments bulleux de dimensions variées, et des plaques rouges étendues sur les membres. L'amélioration continua pendant le mois de juillet, les bulles de nouvelle formation deviennent de moins en moins nombreuses.

En résumé, trois grands faits résultent de l'étude de l'urine dans la dermatite herpétiforme de Duhring.

Ce sont : 1° La diminution appréciable du volume des urines émises dans les 24 heures ; 2° la présence dans quelques cas d'une quantité plus ou moins notable d'albumine ; 3° enfin une diminution considérable de la quantité de l'urée éliminée dans les 24 heures.

1° Au point de vue de la quantité des urines, nous voyons dans la plupart de nos observations, qu'elle est restée inférieure à 1500 grammes en 24 heures. Dans l'observation I, la quantité d'urine a oscillé pendant 9 jours entre 750 cc. et 1250 cc. ; dans l'observation III, la quantité d'urine de 24 heures, ne dépasse pas 1200 grammes ; dans l'observation IV, le volume d'urine oscille entre 1200 et 1560 cc. ; dans l'observation VII, nous avons affaire à une oligurie constante et réelle, puisque la malade n'élimine que 385 cc. par jour. De même, la malade de l'observation VIII n'élimine que 580 cc. en 24 heures ; enfin celle de l'observation XII, urine environ un litre par jour. Dans la plupart des observations que nous avons pu recueillir la courbe des quantités d'urine émises en 24 heures n'a pas été faite. Si bien que nous ne saurions dire quelle relation il y a entre la marche de l'éruption et la quantité de l'urine. Un fait cependant reste constant, c'est que les malades atteints de dermatite de Duhring sont souvent des oliguriques. S'il faut en croire cependant M. E. Besnier que nous avons cité plus haut, en même temps qu'il se fait au cours de la dermatite de Duhring de petites poussées éruptives, les urines deviennent rares et

colorées; mais la diurèse remonterait rapidement à la normale avec l'emploi de la lactose;

2° Nous pouvons ranger nos observations en deux catégories, suivant qu'on y a noté ou non de l'albumine dans les urines. Dans presque toutes, on note de l'hypoazoturie; dans quelques-unes, on a noté l'albuminurie.

Voyons d'abord l'albuminurie. On a noté celle-ci dans les observations suivantes : Observations I, IV, V, XIII et XIV.

La quantité d'albumine dans tous ces cas a été extrêmement faible, puisqu'on note dans la plupart des observations qu'il n'y avait que des traces d'albumine; dans l'observation XIII de M. Hallopeau, on voit que l'urine renferme une quantité considérable d'albumine.

Il semble en général que cette albuminurie ne fût pas transitoire, mais bien permanente, c'est ainsi que dans les observations I et V les urines examinées pendant plusieurs jours ont toujours donné des traces d'albumine. Il paraît cependant que cette complication de la dermatite ne soit pas très fréquente, puisque dans le relevé de ses observations M. Brocq n'a pas constaté d'albuminurie. Nous, au contraire, nous avons trouvé cinq fois d'albuminurie légère sur quatorze malades. Les troubles fonctionnels associés à cette albuminurie ont été nuls dans la plupart de nos cas; dans aucun cas, en effet, il ne s'agit d'une véritable albuminurie aiguë s'accompagnant de symptômes de néphrite aiguë. Dans l'observation I, nous trouvons tous les phénomènes fonctionnels constituant le syndrome du mal de Bright, en d'autres termes, de la néphrite interstitielle chronique. Dans ce cas, d'ailleurs,

ces phénomènes semblent avoir précédé la dermatose, puisqu'on constate 12 ans avant le début de la dermatite les symptômes suivants : des palpitations assez fréquentes, de la tendance à l'essoufflement, la pointe du cœur de plus est abaissée, il existe un bruit de galop intermittent et les auteurs de l'observation eux-mêmes concluent à une néphrite interstitielle probable.

Nous aurons à revenir plus loin sur cette question de l'albuminurie et en expliquer la production.

3° Une particularité plus constante que l'albuminurie est l'hypoazoturie constatée par tous les auteurs dans presque toutes les observations. En général, la quantité d'urée est descendue dans nos observations à 11 ou 12 grammes par 24 heures.

Dans l'observation I les analyses d'urine faites pendant un espace d'un mois et demi environ ont montré que la quantité d'urée oscillait entre 7 gr. 50 et 12 gr. 50 par jour.

Le malade n'était nullement cachectique, l'état général était relativement bon et l'appétit à peu près conservé. Le malade a été alimenté à 2 degrés. L'observation IV est bien plus probante encore. La malade qui est entrée en pleine poussée éruptive n'éliminait que 9 gr. 60 d'urée par jour. Un mois environ après son entrée l'état général est un peu meilleur, l'éruption tend vers la guérison, malgré cela la quantité d'urée n'est que 15 gr. 9 par jour. La malade revue un an après rend 10 gr. 75 d'urée dans les 24 heures et pendant les 2 mois qui suivent la quantité d'urée est toujours très faible, oscille entre 8 gr. 12 et 12 grammes par 24 heures. Dans les observations VI et VII

on note non-seulement une diminution de l'urée, mais encore une diminution de l'élimination de l'azote total et un abaissement du coefficient d'oxydation qui tombe à 78,2 0/0 dans une observation, à 78 0/0 dans l'autre observation. Si bien que l'auteur a pu ajouter que dans ces deux cas il y avait diminution manifeste des oxydations azotées.

Comme particularités autres nous devons ajouter encore que dans quelques observations on a noté que le taux de l'acide urique est relativement élevé. Il semble de plus qu'il y a *diminution de l'acide phosphorique*.

En un mot nous devons retenir deux faits : dans la dermatite herpétiforme de Duhring, au moins d'après les observations relatées plus haut, il peut exister parfois une albuminurie légère, et il existe presque toujours une hypoazoturie manifeste. Nous devons donc essayer de tirer de ces deux faits quelques conclusions intéressantes, essayer d'une part d'expliquer la production de l'albuminurie et l'hypoazoturie, et voir d'autre part, si cette hypoazoturie nous permet de jeter un peu de lumière sur *la pathogénie* encore si obscure de *la dermatite polymorphe douloureuse chronique à poussées successives*.

Mais voyons au préalable quelles sont les causes déterminantes ou prédisposantes de cette dermatose et rappelons quelles sont les théories pathogéniques invoquées par les différents auteurs. Une fois que nous posséderons ces données, nous serons à même de tirer des déductions de l'étude comparative des analyses d'urine dans nos observations de dermatite herpétiforme.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING

La dermatite de Duhring est une affection en somme assez rare, et son étiologie, comme celle d'ailleurs de toutes les dermatoses bulleuses chroniques, est loin d'être bien élucidée. Des causes nombreuses et de tout ordre lui ont été successivement assignées par les différents auteurs, mais bien peu sont certaines.

La dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq s'observe dans tous les pays, aussi bien en Allemagne qu'en Angleterre, qu'en Amérique où Duhring l'a étudiée, qu'en France où elle a fait l'objet du mémoire si complet de M. Brocq paru dans les *Annales de dermatologie et syphilographie* en 1888.

Il ne semble pas que le *sexe* ait une influence bien déterminée sur le développement de cette affection. Cependant, d'après Hébra et d'après M. Brocq, les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes. De plus, l'affection, s'il faut en croire certains auteurs, serait plus sérieuse chez l'homme que chez la femme ; elle serait plus sérieuse aussi chez les gens âgés que chez les jeunes

gens. Dans les observations que nous allons rapporter plus loin nous trouvons à peu près autant d'hommes que de femmes.

L'influence de l'*âge*, au contraire, dans cette affection est bien plus manifeste. Et si les enfants paient un tribut plus large que les adultes aux affections pemphigoides aiguës, il est certain, au contraire, que les affections bulleuses chroniques dont fait partie la dermatite herpétiforme de Duhring, atteignent leur maximum de fréquence entre 40 et 60 ans, c'est-à-dire chez les individus qui ont dépassé l'âge moyen de la vie. C'est ainsi que sur neuf de nos malades quatre avaient plus de 50 ans.

Quelques auteurs anciens ont voulu faire jouer un rôle étiologique dans la production de la maladie aux influences climatiques et saisonnières; mais les auteurs modernes et surtout Hébra nient cette influence. Pour Hébra, cette affection se montre avec une égale fréquence, quelle que soit la saison, et Duhring est du même avis.

Pour beaucoup d'auteurs bien plus importantes dans la genèse de la dermatite herpétiforme seraient les conditions hygiéniques défectueuses capables, soit de ralentir la nutrition, soit de déprimer le système nerveux. C'est ainsi qu'agiraient une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, l'excès des boissons alcooliques, les excès de travail ou de plaisirs, les émotions pénibles, les chagrins. Si ces causes ne suffisent pas à déterminer à elles seules la maladie, elles y prédisposent en tout cas comme à toutes les affections cutanées. M. Brocq insiste surtout sur l'influence des émotions nerveuses fortes. Et si nous consultons nos observations, nous trou-

vons les particularités suivantes. Dans l'observation II de MM. Tenneson et Lyon nous trouvons un malade ayant subi des revers de fortune et qui, sobre jusque-là, s'adonna à la boisson et qui, par la suite, dut subir plus d'une fois des privations. La malade de M. Brousse a eu dans sa vie beaucoup de chagrins, se surmenant beaucoup physiquement et vivant d'ailleurs dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Dans l'observation de J... de la salle Bielt, n° 22, on note que la malade a toujours manqué d'une nourriture suffisante.

Dans l'observation de L. Wickham, n° 1, on trouve une émotion violente précédant de quelques jours les accidents. Dans l'observation recueillie par nous dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, n° 31, on note encore que l'éruption a été précédée d'un chagrin violent.

Voyons maintenant si les antécédents personnels et héréditaires des malades peuvent jeter quelque jour sur l'étiologie de la dermatite herpétiforme de Duhring. Plusieurs des malades de M. Brocq sont signalés comme ayant un tempérament essentiellement nerveux. Pour nous en rapporter seulement à nos observations nous trouvons, par exemple, que la première malade de MM. Fournier et L. Wickham était très émotive et avait une mère aliénée; dans l'observation de MM. Tenneson et Lyon, n° 1, on trouve dans les antécédents de la malade une mère atteinte d'aliénation mentale à 33 ans et morte subitement deux ans après à la Salpêtrière; il s'agit donc d'une nerveuse héréditaire. Dans l'observation

recueillie par nous dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, 31, le père de la malade était très nerveux et la malade elle-même est très émotive. Dans l'observation de M. Tenneson, 33, salle Hillairet, on trouve que la mère est morte d'une maladie nerveuse qui durait depuis cinq ans. Il semble donc que le système nerveux joue un rôle important dans cette affection.

La dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq a été décrite par Bazin sous le nom de *pompholyx arthritique* ; il semble donc, d'après Bazin, que cette affection évolue surtout sur un tempérament arthritique. Voici en effet ce qu'en dit Bazin : « Il attaque surtout les sujets forts pleins de vie, doués de tous les attributs du tempérament sanguin ; dans la majorité des cas il a été précédé d'affections rhumatismales ou goutteuses, de migraine, de congestions vers la tête, de dyspepsie, etc. »

D'après Hillairet et Gaucher (1) : « L'arthritisme, quoi qu'on en ait dit, serait une des causes les plus importantes de pemphigus chronique. Il n'est pas rare de trouver dans les antécédents des sujets atteints de cette maladie, chez eux-mêmes ou chez leurs ascendants, soit la goutte, soit le rhumatisme, soit la lithiase biliaire ou urinaire, soit des névralgies ou des migraines, etc. ».

M. Brocq a recherché dans son mémoire, si les malades atteints de dermatite herpétiforme présentaient une constitution arthritique ; or, pour lui ce fait ne ressort pas le moins du monde de ce document ; il a trouvé

1. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, J.-B. Hillairet et E. Gaucher, T. 1, 2^e fascicule, p. 476.

cependant, ajoute-t-il, quelques arthritiques parmi les malades; chez d'autres malades il a trouvé, au contraire, du lymphatisme; *trois* étaient des tuberculeux héréditaires; *un* malade a succombé à une péritonite tuberculeuse; dans un autre cas enfin très intéressant l'affection cutanée a débuté en même temps qu'un accès de fièvre intermittente.

Si nous consultons nos observations, il semble que nous pouvons être un peu plus affirmatif que M. Brocq et adopter plutôt l'opinion de Bazin admise par MM. Hillairet et Gaucher, à savoir, que l'arthritisme n'est pas sans jouer un certain rôle dans l'étiologie de la dermatite herpétiforme. Et si nous ne connaissons pas encore la cause déterminante de cette affection, il semble au moins qu'elle évolue surtout chez des individus de souche arthritique.

La malade L... de l'observation I de MM. Tenneson et Lyon, a eu un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans; vers l'âge de 34 ans elle fut atteinte de névralgies faciales survenant plusieurs fois par mois et n'ayant disparu que cinq ans après leur début.

La malade B... de l'observation II de MM. Tenneson et Lyon, était sujette à l'urticaire et se plaignait des douleurs articulaires. La malade de M. Brousse (Obs. XI) a souffert pendant six ans des névralgies sciatiques pour lesquelles elle dut faire des saisons à Lamalou.

La malade de l'observation IV a souffert pendant son jeune âge de céphalées fréquentes; elle a eu de l'impétigo à l'âge de 13 ans. Le nommé M... de l'observation VI est sujet aux épistaxis qui n'ont pas cessé depuis, mais sont au contraire, devenues plus abondantes. Le malade

se congestionne facilement, des bouffées de chaleur lui montent au visage après le repas; à plusieurs reprises il fut atteint de poussées d'urticaire survenant sans écart de régime et s'accompagnant de douleurs articulaires mobiles, comme les manifestations cutanées.

La malade de l'observation III est atteinte en même temps que de son affection cutanée d'un épithélioma du col de l'utérus. Or, l'on sait quelles relations unissent les manifestations arthritiques et le cancer; le cancer, suivant M. le professeur Verneuil, « dérivant en droite ligne de l'arthritisme » (1).

On voit donc que chez la plupart de nos malades des antécédents personnels, tels que névralgies rebelles, épistaxis, douleurs articulaires vagues, cancer du col, urticaire, indiquent bien qu'il s'agit d'arthritiques. Si bien que Bazin n'a pas sans raison rangé cette affection dans le grand groupe des maladies arthritiques.

1. Verneuil. *Mémoire de chirurgie*, t. III.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Il nous faut maintenant voir quelle est, suivant les auteurs, la pathogénie de la dermatite herpétiforme de Duhring. Les données étiologiques vagues seulement que nous possédons sur cette affection, sa séparation récente du grand groupe des pemphigus font que l'on n'a pu guère faire que des hypothèses sur ce sujet.

M. Brocq dans son mémoire de 1888 (*in Ann. de dermat. et syph.*) range ces hypothèses sous trois catégories sans en accepter aucune complètement: 1° Sous l'influence des travaux bactériologiques de ces dernières années qui ont jeté un si grand jour sur toute la pathologie, on a naturellement essayé de rechercher la cause de la dermatite herpétiforme dans une infection microbienne. On a étudié à ce point de vue des lésions élémentaires de la dermatite de Duhring. Ces recherches n'ont pas été jusqu'à présent couronnées de succès.

Il ne semble pas en effet que la bulle complète mise à l'abri de l'air et du contact des objets contienne des micro-organismes. Le liquide des bulles au début est clair, séro-sanguinolent et ne contient pas de micro-organismes.

Quand le liquide d'une bulle se trouble et devient purulent, cela tient toujours à la pénétration d'organismes pyogènes venus de l'extérieur à travers les lamelles cornées soulevées et dissociées. Pour démontrer ce fait, M. Triboulet a imaginé en 1890 une expérience très simple (1) chez une malade de M. Tenneson; l'apparition des bulles était annoncée dix minutes en avance par des picotements dans les points où elles allaient éclore. M. Triboulet fixait alors sur cette région aseptisée un verre de montre sous lequel la bulle naissait et grandissait. Or, tant que le verre restait en place, le liquide des bulles restait transparent et stérile; au contraire, le liquide recueilli dans les bulles non protégées quelques heures après leur apparition contenait toujours des organismes pyogènes. Malgré cette expérience de M. Triboulet et des examens négatifs plus récents on ne peut encore, à l'heure actuelle, affirmer que la dermatite de Duhring-Brocq n'est pas causée par un micro-organisme.

2° D'autres auteurs, parmi lesquels nous notons la plupart des auteurs américains, M. Hallopeau s'appuyant sur la ressemblance des lésions de la dermatite de Duhring avec celle d'affections cutanées d'origine toxique ou médicamenteuse, rangent cette dermatite dans le groupe des affections toxidermiques. Depuis les recherches de M. A. Gautier sur les poisons de l'organisme qu'il appelle *leucomaines*, l'attention des auteurs a été de plus en plus appelée sur cette cause possible de certaines affections cutanées. Et on a rapproché ces dermatoses dues à une

1. *Annales de dermatologie et syphilographie*, 1892, p. 272.

intoxication chronique par des poisons autochtones de certaines toxidermies médicamenteuses. De plus ce ne sont pas seulement des leucomaines qui sont susceptibles de produire des dermatoses toxiques, ce sont encore tous les produits excrémentitiels mal ou imparfaitement élaborés, grâce à des troubles divers des échanges nutritifs qui peuvent agir dans le même sens (1). « Soit que l'alimentation pèche par excès, par défaut, par mauvaise qualité des ingesta, par leur non-adaptation au milieu et au climat dans lequel vit le sujet, soit que ces aliments soient mal digérés, mal absorbés et surtout mal élaborés dans l'organisme, soit que les diverses fonctions excrétoires (poumons, système cutané, reins) soient viciées dans leur fonctionnement, il s'accumule peu à peu dans le système général, dans les liquides et les organes de l'économie divers produits excrémentitiels plus ou moins toxiques (urée, acide urique, leucine, tyrosine, xanthine, hypoxanthine, leucomaines, etc.) qui peu à peu impriment à l'organisme un cachet particulier de déchéance vitale et de vulnérabilité morbide. On sait que des aliments, que des médicaments, toxiques pour tel ou tel individu qui les a absorbés, peuvent donner lieu à des éruptions de natures diverses; comment ne pas admettre que les matériaux nuisibles dont nous venons de parler puissent avoir la même action? »

Ces leucomaines ou ces matières peccantes en général, introduites dans la circulation, produiraient les lésions cutanées, soit directement, soit indirectement par l'in-

1. Manuel de Brocq et Jacquet, T. 1.

fluence du système nerveux. Les leucomaines sont fabriquées incessamment par l'organisme, et produits par certaines causes qui nous échappent, peut-être sous l'influence des diathèses.

3° Pour M. Brocq, l'influence du système nerveux dans la genèse de dermatite herpétiforme paraît bien mieux établie que celle des causes précédentes.

Cette affection ne serait qu'une trophonévrose; soit une trophonévrose primitive (il s'agirait alors de dermatonévrose pure), soit une trophonévrose secondaire à une auto-intoxication. Dans tous les cas le système nerveux est touché. Et ce qui semble bien indiquer l'action du système nerveux, ce sont les caractères suivants de la dermatite de Duhring : l'intensité de la douleur, le prurit, les troubles névralgiformes; la symétrie des lésions. On sait d'autre part que sous l'influence d'affections nerveuses déterminées, on peut voir apparaître des éruptions bulleuses. Ce qui semble résulter enfin de l'évolution clinique de la dermatite herpétiforme de Duhring, c'est le fait suivant : que les lésions du système nerveux doivent être transitoires, puisque l'affection marche par poussées successives, séparées par des accalmies prolongées.

Si nous essayons de résumer ce chapitre, nous voyons que d'après les auteurs les plus autorisés, la dermatite de Duhring ne semble pas devoir entrer dans le cadre des affections microbiennes; que les lésions cutanées semblent régies plutôt par des altérations transitoires du système nerveux et que ces altérations elles-mêmes semblent dues à une auto-intoxication, par des poisons organiques non encore déterminés.

Pour déterminer ces poisons organiques, il faudrait se livrer à des recherches chimiques précises des différentes humeurs de l'organisme, telles que le sang, l'urine, le liquide des bulles pendant les poussées et dans les intervalles.

Ces recherches ne sont pas encore faites; c'est pour apporter une contribution à ce problème que nous avons recueilli une série d'analyses d'urine au cours de la dermatite de Duhring. De l'étude de ces analyses nous pourrions peut-être tirer quelques conclusions utiles pour la pathogénie de cette affection.

CHAPITRE VI

EXPLICATION DE L'ALBUMINURIE ET DE L'HYPOAZOTURIE

Nous venons de voir dans les deux chapitres précédents que l'étiologie d'une part, que la pathogénie de la dermatite herpétiforme d'autre part sont loin d'être complètement élucidées. Comme l'a dit M. Brocq dans son mémoire : « pour élucider complètement la pathogénie de la dermatite herpétiforme, l'analyse du sang, des urines, du liquide des bulles, la longue observation des malades au point de vue chimique pendant les périodes de calme et de poussées, tous ces travaux minutieux sont nécessaires pour qu'on puisse émettre la moindre opinion motivée sur la pathogénie de cette affection. »

Recherchons ce qu'une seule des données du problème proposé par M. Brocq, l'analyse des urines faite au cours de la dermatite de Duhring, nous enseigne.

1° *De l'albuminurie dans la dermatite herpétiforme.*

Nous avons dit plus haut que l'albuminurie, très rarement observée par les auteurs dans la dermatose qui nous occupe, a été constatée cependant légère dans quelques-unes de nos observations.

L'albuminurie et les néphrites consécutives aux affections cutanées, surtout aux affections chroniques, ont fait l'objet de beaucoup de recherches.

En somme, à l'encontre de ce qu'on pourrait supposer *a priori*, l'albuminurie est chose extrêmement rare dans les dermatoses même très étendues. Et si l'on se rapporte au *Traité clinique de Dermatologie* de M. H. Tenneson, p. 213, on y lit : « L'albuminurie chronique est tellement rare dans les dermatoses communes, gale, eczéma, psoriasis, etc., quelles que soient leur étendue et leur intensité, que quand on la constate on ne peut y voir qu'une coïncidence », et plus loin : « L'albuminurie transitoire se rencontre dans les maladies de la peau comme ailleurs. Voici comment les choses se passent : Un malade jeune ou vieux, vigoureux ou débilité, entre à l'hôpital pour une dermatose quelconque, gale, eczéma, etc.; le jour de son entrée l'urine est albumineuse. Nous nous abstenons alors systématiquement de toute thérapeutique, de toute hygiène particulière; et deux ou trois jours plus tard l'albuminurie a disparu. »

Il existe cependant un certain nombre de faits dans lesquels il y a une relation certaine entre la dermatose et les modifications de la sécrétion urinaire; dans quelques cas même il y a alternance entre l'albuminurie et l'affection cutanée. Dans les affections bulleuses chroniques cependant l'albuminurie est rarement notée, et Guiraud (Thèse de Paris, 1865) a pu écrire : « Contrairement à ce qu'on pouvait, peut-être, attendre, presque tous les résultats de l'analyse des urines au point de vue de l'albumine dans le pemphigus chronique ont été négatif. »

Plusieurs théories ont été émises par les auteurs pour expliquer l'albuminurie qui survient au cours de la dermatopathie. Nous allons les passer rapidement en revue.

1° L'albuminurie est due à la suppression des fonctions cutanées et spécialement de la transpiration.

Cette théorie est surtout fondée sur les expériences si connues de Fourcault sur le vernissage des animaux.

L'albuminurie consécutive au refroidissement entre aussi dans cette catégorie. Mais cette théorie est révoquée en doute par un très grand nombre d'auteurs qui ne veulent pas qu'on transporte dans la pathologie humaine les résultats de l'expérimentation. Tel est aussi l'avis de notre cher Maître, M. H. Tenneson. Pendant tout le temps que nous avons eu l'honneur d'être dans son service à l'hôpital Saint-Louis, nous avons pu nous convaincre que « l'occlusion de toute la surface cutanée, faite aussi complètement qu'on peut la faire en clinique avec un tissu imperméable ou une colle, et prolongée indéfiniment, est absolument inoffensive ». *Traité clinique de Dermatologie*, par M. Tenneson paru en 1893, p. 40. De plus, si cette théorie était exacte, c'est dans les affections cutanées les plus étendues, dans les dermatites exfoliatrices par exemple, que l'on devrait noter le plus communément l'albuminurie ; or, ce fait n'est pas corroboré par la clinique, et l'on note, au contraire, l'albuminurie dans les cas où les lésions cutanées sont peu étendues. En somme, cette théorie ne semble plus jouir d'une grande faveur.

2° D'après d'autres auteurs, l'albuminurie résulte de troubles de la circulation rénale, causés par l'irritation

des extrémités nerveuses cutanées. C'est la théorie vaso-motrice soutenue par M. le professeur Bouchard, Kemhadjian-Mihran, Capitan et Boyer. L'on sait, en effet, que la faradisation localisée de la peau, les frictions de la peau avec diverses substances irritantes, l'irritation produite par des grattages intenses et prolongés peuvent produire une albuminurie transitoire. Dans ces cas l'albuminurie serait due à un trouble circulatoire réflexe des reins consécutif à l'irritation des nerfs sensitifs de la peau ; cette irritation se transmettrait à la moelle, de là aux reins par le grand sympathique, il en résulterait une vaso-dilatation par épuisement des vaso-constricteurs. Cette théorie, peut-être vraie dans quelques cas, n'expliquerait que les albuminuries transitoires ; elle n'est pas applicable aux cas d'albuminurie persistante survenant dans les dermatoses non prurigineuses.

3° Depuis les travaux de M. le professeur Bouchard et d'autres auteurs sur les néphrites infectieuses, on a songé à attribuer l'albuminurie à une néphrite infectieuse consécutive à l'introduction dans le torrent circulatoire de micro-organismes existant au niveau des lésions cutanées ; les microbes s'élimineraient par les reins. Mais cette théorie n'est applicable qu'aux faits de dermatoses suppurées ou des lésions permettant l'entrée de germes infectieux. Ce ne peut donc être une théorie admise pour tous les cas ; il faudrait de plus retrouver les microbes pathogènes dans l'urine ; enfin, cette albuminurie d'origine infectieuse coïncide presque toujours avec des symptômes de néphrite aiguë.

4° Une quatrième théorie proposée déjà par Bazin, veut

que albuminurie et dermatose soient la conséquence de la même cause générale diathésique. L'arthritisme serait à l'origine et de la dermatose et de la lésion rénale ;

5° Enfin une dernière théorie qui veut que l'albuminurie ne soit pas consécutive à la lésion cutanée, mais précède celle-ci. Les lésions cutanées seraient alors produites par la rétention dans le sang de principes insuffisamment élaborés, éliminés par la peau. On aurait en somme affaire à des dermatoses d'origine urémique. Ces faits ont été signalés par Quinquaud en 1880, par Collin (Thèse de Paris, 1879), Duval (Thèse de Paris, 1880), D'après cette théorie la lésion rénale serait primitive ; elle modifierait la crase sanguine en empêchant la dépuration du sang. Si bien, qu'il s'accumule dans le sang des produits excrémentitiels divers s'éliminant par la peau et irritant celle-ci.

Ces dermatoses sont surtout signalées dans la période urémique de maladies de reins et sont constituées alors surtout par du prurit, de l'urticaire et des éruptions papuleuses. Mais peut-être à côté de ces éruptions urémiques y a-t-il place pour d'autres lésions cutanées consécutives à la simple insuffisance rénale. Nous y reviendrons plus loin.

Dans quelle catégorie d'albuminurie pouvons-nous donc faire entrer celle qui est consignée dans nos observations ? Tout d'abord pouvons-nous admettre que dans nos cas l'albuminurie soit due à la suppression des fonctions cutanées ? Evidemment non. L'albuminurie, en effet, est en somme rarement signalée dans la dermatite herpétiforme, maladie qui n'altère pas une étendue trop considérable de la surface cutanée. Nous avons vu plus haut, d'ailleurs, que cette théorie n'est pas généralement admise.

A priori, on pourrait admettre que l'albuminurie résulte d'un trouble circulatoire rénal d'origine réflexe. Les auteurs qui défendent la théorie vaso-motrice invoquent l'albuminurie qu'on constate dans les affections prurigineuses telles que la phthiriasis et surtout la gale. Mais nous devons faire remarquer que les faits d'albuminurie observés dans la gale sont des faits d'albuminurie transitoire ou bien de véritables néphrites aiguës d'origine infectieuse.

On ne peut donc pas rapprocher ces faits de l'albuminurie constatée dans nos observations.

Nous ne pouvons davantage mettre l'albuminurie observée dans la dermatite herpétiforme sur le compte d'une néphrite infectieuse. La suppuration n'est pas l'apanage de la dermatite herpétiforme.

Nous arrivons ainsi par exclusion à la théorie défendue déjà par Bazin *qui admet la coexistence des deux phénomènes*, modification des urines et dermatose, sous l'influence de la diathèse arthritique.

Si nous nous en rapportons à ce que nous avons vu dans le chapitre de l'étiologie, nous trouvons que d'après beaucoup d'auteurs, et aussi d'après nos observations, la dermatite herpétiforme évolue surtout sur un terrain arthritique. Dans l'observation I nous avons de plus le syndrome complet qui caractérise la néphrite interstitielle chronique ayant précédé et évoluant en même temps que la dermatose. Or, nous savons que la néphrite interstitielle chronique est extrêmement fréquente dans la dyscrasie goutteuse, chez les arthritiques en général, toutes les fois qu'il existe des lésions d'artérite chronique géné-

ralisée à tous les vaisseaux et que des substances toxiques fabriquées par l'organisme s'éliminent lentement par les reins.

Albuminurie due à une néphrite chronique et dermatite herpétiforme nous semblent donc être les deux effets d'une même cause plus générale qui est l'arthritisme ou l'herpétisme, c'est-à-dire, une maladie par ralentissement de la nutrition.

Nous pouvons expliquer de la sorte, pourquoi dans nos cas l'albuminurie est toujours très faible et coïncide avec une diminution du taux de l'urée et une augmentation des produits moins oxydés tel que l'acide urique.

2° De l'hypoazoturie.

Nous avons vu que d'après nos observations il existe dans la dermatite herpétiforme une hypoazoturie notable et presque constante. C'est cette hypoazoturie qu'il s'agit d'expliquer maintenant. Nous avons vu que dans nos observations l'urée oscillait en moyenne autour de 12 grammes par jour. Or, nous savons que l'urée représente le degré d'oxydation le plus avancé, sous lequel s'élimine la matière azotée et que sa production peut en quelque sorte servir de mesure des échanges nutritifs. Le rein l'excrète seulement ; elle se forme dans l'intimité des tissus. Quand les reins fonctionnent mal, l'urée s'accumule dans le sang. Un homme adulte à l'état de santé et s'alimentant bien élimine en moyenne dans les 24 heures de

25 à 40 grammes d'urée. La femme dans les mêmes conditions élimine une quantité un peu moindre.

Pour le professeur Brouardel la quantité d'urée éliminée en 24 heures serait un peu plus faible et oscillerait pour un homme adulte entre 18 et 20 ou 22 grammes. Donc, en admettant les chiffres de M. le professeur Brouardel nous pouvons dire que nos malades éliminent une quantité trop faible d'urée. Il est vrai que la quantité d'urée éliminée dans les 24 heures dépend beaucoup de l'état de santé du malade et surtout de son mode d'alimentation. Les malades observés à l'hôpital ont en général un léger degré d'hypoazoturie, mais elle tombe rarement au degré consigné dans nos observations. Mais en parcourant celles-ci, on peut se convaincre que l'état général des malades est resté relativement bon; c'est d'ailleurs un des grands caractères de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Ils n'étaient nullement cachectiques et leur alimentation était de 2 à 4 degrés. D'ailleurs, ce n'est pas seulement la quantité d'urée qu'on trouve diminuée dans la dermatite herpétiforme, c'est encore l'azote total qui est éliminé en moindre quantité, comme en font foi les deux observations de L. Wickham.

Or, dans quelles conditions peut-on observer de l'hypoazoturie? Dans deux cas : a) soit qu'il y ait diminution dans l'activité des métamorphoses de substances protéiques, c'est-à-dire, lorsqu'il y a ralentissement de la nutrition; b) soit que par suite de l'imperfection du filtre rénal il y ait rétention dans le sang de l'urée formée. Il nous faut examiner successivement laquelle des deux

conditions est susceptible de réaliser l'hypoazoturie dans la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq.

a) Nous avons vu plus haut que la dermatite herpétiforme évolue surtout sur un terrain arthritique.

Or, nous savons que pour le professeur Bouchard l'arthritisme est le type des maladies par ralentissement de la nutrition, maladies dans lesquelles les échanges nutritifs sont complètement viciés. Pour M. Bouchard, il y a nutrition retardante dans les conditions suivantes : « 1° Quand après l'ingestion d'une quantité déterminée d'aliments l'organisme met un temps plus considérable qu'à l'état normal pour revenir à son poids primitif ou quand on voit apparaître dans les excréta des produits incomplètement élaborés, tels que l'acide urique, les autres acides organiques, les acides gras volatiles; ou quand il s'accumule dans le corps un ou plusieurs principes immédiats, l'alimentation étant d'ailleurs normale. Dans tous ces cas, la nutrition transforme moins de matière en un temps donné. De ce ralentissement dans les échanges nutritifs résultent des changements chimiques dans la composition des humeurs et, par suite, des changements dans la constitution des éléments anatomiques. »

Si nous admettons donc que les malades sont des *bradytrophiques*, comme les a appelé le premier M. le professeur Landouzy il devient relativement aisé d'expliquer du même coup la production de la lésion cutanée qui constitue la dermatite herpétiforme de Duhring. Sous l'influence du vice de la nutrition les matières azotées sont imparfaitement comburées dans l'organisme et il s'accumule dans le système général, dans les liquides et les

organes de l'économie des produits excrémentitiels, tels que acide urique, leucine, tyrosine, exanthine, hypoxanthine, leucomaines. Que ces produits, donc, agissent sur la peau, soit directement, soit bien plutôt par l'intermédiaire du système nerveux, et notre dermatite herpétiforme sera constituée.

Celle-ci serait donc une véritable toxidermie, comme le veulent les auteurs américains et quelques auteurs français, et l'hypoazoturie qu'on constate dans cette affection marcherait de pair avec elle, produite par la même cause, un vice diathésique de la nutrition.

b) Mais sous l'influence de la viciation des échanges nutritifs les toxines ou produits excrémentitiels incomplets fabriqués par l'économie altèrent à la longue le filtre rénal. D'où insuffisance rénale et accumulation dans le sang de l'urée et produits secondaires.

D'ailleurs, les lésions cutanées elles-mêmes troublent le fonctionnement des reins. Quinquaud dans la « *Tribune médicale* » de mai et de juin 1890, relate une série d'expériences de dermatite artificielle dans lesquelles il a étudié les troubles de la nutrition consécutifs et surtout les modifications dans la sécrétion urinaire. Dans ces expériences la quantité d'urine diminue beaucoup; la diminution a atteint souvent un tiers de la quantité normale; il y a diminution aussi de l'urée dans l'urine ainsi que de l'acide phosphorique; l'azote total est diminué de même. On observe, au contraire, un accroissement de l'urée dans le sang, accroissement que Quinquaud met sur le compte plutôt de l'insuffisance rénale que de sa formation exagérée. L'urée du foie et des muscles est diminuée.

On voit donc, d'après ces expériences, que des lésions cutanées étendues peuvent provoquer une insuffisance rénale. Si l'on ajoute ce fait à cet autre, que dans la dermatite herpétiforme il y a des troubles nutritifs, l'on voit qu'il y a deux raisons d'expliquer, d'une part l'hypoazoturie dans cette dermatite, et d'autre part l'intoxication de l'organisme, par des produits excrémentiels.

CONCLUSIONS

L'analyse de l'urine, pratiquée dans un certain nombre de cas de dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq, a permis de constater deux particularités intéressantes :

a) Dans quelques faits on a noté une albuminurie légère, mais persistante ;

b) Dans presque tous les cas on a constaté une hypoa-zoturie manifeste ;

c) *L'albuminurie* semble devoir être mise sur le compte d'une néphrite interstitielle chronique évoluant parallèlement à la dermatose. Les deux choses — dermatite herpétiforme et albuminurie — sont sans doute dues à une même cause générale qui n'est autre que l'arthritisme ;

d) *L'hypoa-zoturie* est très probablement la conséquence du ralentissement de la nutrition et de l'insuffisance rénale qu'on observe chez les arthritiques.

e) Grâce au ralentissement de la nutrition il s'accumule dans l'économie des produits excrémentitiels mal élaborés qui par l'intermédiaire du système nerveux produiraient les lésions cutanées de la dermatite herpétiforme.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

